

UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ODONTOLOGIA

**“INDICE DE ENFERMEDADES ORALES EN
PACIENTES DISCAPACITADOS DEL C.R.M.
INFA GUAYAQUIL”**

TRABAJO DE GRADUACION

PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO DE:

ODONTOLOGO (A)

AUTORA: STEFANIA MARTINI NARVAEZ

DIRECTOR ACADÉMICO: ALEXIS JIJON CONTRERAS

GUAYAQUIL – ECUADOR

2010 – 2011

Agradecimiento

Primero y como más importante, me gustaría agradecer sinceramente a mi director y tutor de Tesis, Dr. Alexis Jijón Contreras, su esfuerzo y dedicación. Sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para mi formación. Él ha inculcado en mí un sentido de seriedad, responsabilidad y rigor académico sin los cuales no podría tener una formación completa. A su manera, ha sido capaz de ganarse mi lealtad y admiración, así como sentirme en deuda con él por todo lo recibido durante el periodo de tiempo que ha durado mi carrera y trabajo de graduación

También me gustaría agradecer los consejos recibidos a lo largo de los últimos años por todos los doctores y profesores de la carrera de odontología, que de una manera u otra han aportado su granito de arena a mi formación, por su trato humano y su visión crítica de muchos aspectos cotidianos de la vida, que ayudan a formarte como persona. Destacar al Dr. Wiliam Córdova Cun. Me gustaría nombrar a muchos por su calor humano me enriquece.

Dedico este trabajo con todo mi amor y cariño a ti abuelita que fuiste un pilar tan importante en mi vida y ahora estas en el cielo.

Principalmente a mis padres que me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento. Gracias por todo mamá y papá por darme una carrera para mi futuro y creer en mí, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado apoyándome y brindándome todo su amor, por todo esto les agradezco de todo corazón que están a mi lado. Los quiero y este trabajo es para ustedes.

ÍNDICE:

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPITULO 1: QUE ES LA DISCAPACIDAD.....	3
1.1. DEFINICIÓN.....	3
1.2. CLASIFICACIÓN DE PACIENTES SEGÚN GRUPOS DE ENFERMEDADES.....	8
1.2.1. <i>Pacientes con enfermedades crónicas degenerativas.....</i>	<i>9</i>
1.2.2. <i>Pacientes con enfermedades que provocan déficit motor.....</i>	<i>9</i>
1.2.3. <i>Pacientes con enfermedades que provocan déficit sensorial.....</i>	<i>9</i>
1.2.4. <i>Pacientes con retraso mental.....</i>	<i>10</i>
1.3. CARACTERÍSTICAS DE ENFERMEDADES BUCALES EN PACIENTES ESPECIALES.....	10
1.3.1. Grupo I:.....	11
<i>Pacientes cardiovasculares.....</i>	<i>11</i>
<i>Pacientes diabéticos.....</i>	<i>11</i>
<i>Pacientes con nefropatías.....</i>	<i>12</i>
1.3.2. Grupo II:.....	13
<i>Pacientes discapacitados.....</i>	<i>13</i>
1.3.3. Grupo III:.....	12
<i>Pacientes con discapacidades sensoriales.....</i>	<i>12</i>
1.3.4. Grupo IV:.....	13
<i>Pacientes con retraso mental.....</i>	<i>13</i>
<i>Pacientes parálisis cerebral.....</i>	<i>14</i>
1.4. CAPITULO 2: LA CARIES DENTAL.....	15
1.4.1. Etiología.....	15
1.4.2. Definición.....	15
1.4.3. Tipos de caries.....	16
1.4.4. Factores de riesgo.....	17
1.4.5. Prevención.....	21
1.5. CAPITULO 3: GINGIVITIS.....	25

1.5.1. Etiología.....	25
1.5.2. Tipos de gingivitis.....	25
1.5.3. Factores de riesgo.....	27
1.5.4. Prevención.....	27
1.6. CAPITULO 4:	
GINGIVOESTOMATITIS.....	28
1.6.1. Definición.....	28
1.6.2. Tratamiento.....	29
1.6.1. Pronostico.....	29
1.7. CAPITULO 5:	
PERIODONTITIS.....	30
1.7.1. Etiología.....	30
1.7.2. Definición.....	30
1.7.3. Tipos.....	31
1.7.4. Factores de riesgo.....	31
1.7.5. Prevención.....	32
1.8. CAPITULO 6:	
PULPITIS.....	33
1.8.1. Definición.....	33
1.8.2. Tipos de pulpitis.....	34
1.9. CAPITULO 7: NECROSIS	
PULPAR.....	35
1.9.1: Definición.....	35
1.10. CAPITULO 8: MATERIAL Y MÉTODO.....	37
1.11. CASOS CLINICOS.....	39
1.12. RESULTADOS.....	45
1.13. PLAN DE ACCION.....	71
1.14. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	75
1.15. DISCUSIÓN.....	77
1.16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80
1.17. ANEXOS.....	I

CAPITULO 1: QUE ES LA DISCAPACIDAD

Existe una franja de individuos que a causa de noxas de orden genético, congénito, infeccioso, traumático o de otro origen, que pueden actuar durante el período prenatal, perinatal o posnatal, sufren distintos daños en la conformación de sus organismos, que determinan alteraciones que los incapacitan parcial o totalmente y en forma definitiva o transitoria para bastarse a sí mismos en las actividades que la vida diaria obliga.

La discapacidad refleja las consecuencias de la deficiencia en cuanto a capacidad funcional y actividad del individuo, y se define como toda restricción o ausencia (como resultado de una deficiencia) de capacidad para desplegar una actividad de la manera normal o dentro de los límites considerados normales para un ser humano. La discapacidad representa pues, trastornos en el plano de la persona, y sus principales subclases se refieren al comportamiento, la comunicación, los cuidados normales, la locomoción, la disposición corporal, la destreza (en particular las habilidades) y situaciones específicas.

Definición

Esta definición de paciente discapacitado lo es desde el punto de vista eminentemente médico, lo que no significa que desde el punto de vista odontológico y estomatológico deba serlo. Ejemplo de ello es el paciente poliomiéltico, que puede estar discapacitado para la función motora de caminar, pero que en el sillón dental es un paciente normal.

Por el contrario, llamamos paciente especial a aquel que presenta signos y síntomas que lo alejan de la normalidad, sea de orden físico, mental o sensorial, así como de comportamiento, que para su atención odontológica y estomatológica exige maniobras, conceptos, equipamiento y personas de ayuda especiales, con capacidad de atender en el consultorio las necesidades que estos generan. Es decir,

que escapan a los programas y rutinas estándar que se llevan a cabo para el mantenimiento de la salud bucodental de la población.

El estomatólogo se ocupa del cuidado del paciente en lo concerniente al tratamiento de las alteraciones óseas y de los tejidos blandos, utiliza técnicas de cirugía periodontal, terapia pulpar, movimientos mínimos de las piezas dentarias y del perfilado gingival como parte de la odontología y estomatología correcta.

El odontólogo y estomatólogo ya no trata "los dientes de los pacientes", sino a "pacientes que tienen dientes". Es muy importante, por lo tanto, que sepa identificar a los pacientes con patologías asociadas para elevar la seguridad de estos y el éxito del tratamiento. La odontología y estomatología ocupan un papel importante en el campo de la rehabilitación de pacientes con impedimentos físicos.

La atención bucodental es la única necesidad aún no cubierta en el tratamiento y rehabilitación de los pacientes especiales, tanto en calidad como en cantidad.

Dice el artículo 6: "El discapacitado tiene derecho a recibir atención médica, psicológica y funcional, incluidos los aparatos de ortodoncia y prótesis, la rehabilitación médica y social o la educación; a la formación de profesionales, a las ayudas, consejos, servicios de empleo y otros servicios que aseguren el aprovechamiento máximo de sus facultades y aptitudes y aceleren el proceso de su integración o reintegración social" (Organización de las Naciones Unidas. Declaración de derechos de los discapacitados.

La ignorancia, el temor a causar un daño, la falta de imaginación o de conocimiento de cómo desarrollar en ellos un tratamiento conservador, son los factores determinantes de soluciones extremas como las extracciones múltiples, sin tomar en cuenta las mutilaciones que ello significa, o bien directamente, el rechazo del paciente y la negatividad a su atención.

La situación de los pacientes discapacitados y/o especiales en lo que se refiere a su salud física y rehabilitación, puede considerarse como cubierta por todos los servicios y programas desarrollados con ese fin por la medicina. No puede decirse lo mismo en lo que se refiere a la salud, la rehabilitación bucodental y la participación de la odontología y estomatología en la prevención y conservación de esta.

Se debe considerar que el desconocimiento de los problemas bucodentales de los pacientes especiales, asociados a sus propias reacciones emocionales y las de sus familiares, patologías, así como las propias reacciones del profesional, van a crear con toda seguridad la mayor barrera para acceder a las posibilidades de su atención. Se deben agregar a estos factores la coexistencia de inconvenientes psicosociales que agravan el cuadro general de salud de estos pacientes y de su comprensión para que la profesión odontológica y estomatológica pueda darle soluciones.

De todas las personas que acuden a la consulta odontológica y estomatológica muchos son pacientes médicamente comprometidos o que presentan patologías sistémicas que exigen un conocimiento exacto de ellas y de sus implicaciones e interacciones en el área estomatológica.

Los grandes avances de la medicina propician que personas que antes no podían sobrevivir a grandes traumatismos y enfermedades congénitas graves, en la actualidad vivan muchos años, y sean un reto a la hora de recibir tratamiento odontológico y estomatológico, pues precisan de atenciones y cuidados odontológicos y estomatológicos especiales.

De todos los pacientes especiales, sin lugar a dudas, los que mayores necesidades odontológicas y estomatológicas demandan son las personas minusválidas. Se puede constatar que los minusválidos, en general, presentan una abundantísima patología oral, y una gran demanda de tratamiento, insatisfecho en la mayoría de los casos.

Aunque los tipos de discapacitados varían según los países, en todo el mundo parece estar aumentando el número de niños discapacitados. Este aumento puede deberse a que estos niños tienen hoy una esperanza de vida más larga gracias a los progresos de la medicina, o al hecho de que cada vez hay más jóvenes discapacitados como consecuencia de accidentes o de actos violentos. También parece que tiende a aumentar el número de discapacitados entre las personas de edad.

Los niños médicamente discapacitados en el ámbito odontológico y estomatológico, pueden definirse como aquellos cuyo estado médico es tal que su salud general corre más riesgo aún si sufren una enfermedad bucodental o si requieren un tratamiento bucal de rutina. Debido a este riesgo para la salud o a un riesgo de vida, su atención bucal y dental es de vital importancia.

La enfermedad bucodental y su tratamiento presentan varios problemas en este grupo de niños. Primero la sepsis como secuelas de caries dentarias, o la infección de los tejidos gingivales o periodontal, puede constituir un peligro. Segundo, los procedimientos dentales como el tratamiento conservador o endodóntico pueden acarrear un serio riesgo, y tercero, cualquier forma de cirugía puede crear problemas.

Pero el grupo que tal vez presenta mayores dificultades es el de aquellos pacientes con retardo mental, cuyo coeficiente intelectual es subnormal y que en general presentan una patología debido a:

- Consumo exagerado de dulces (gratificación paterna).
- Malformación congénita.
- Mala higiene (por falta de instrucción adecuada).

Habitualmente podemos observar en el grupo de pacientes especiales una deficiente higiene buco dentaria con elevado índice de placa o gingivitis, presencia de cálculo de sarro en edades muy precoces, intensa halitosis y restos

alimenticios adheridos a mucosas y dientes, predominio de dietas blandas, criogénicas, ricas en hidratos de carbono y con un alto contenido de sacarosa, alta prevalencia de caries y enfermedad periodontal, hipertrofias gingivales producidas por hidantoínas, infecciones e inflamaciones crónicas o agudas recidivantes (granulomás periapicales, celulitis, entre otras), odontalgias periódicas, exodoncias sistémicas en vez de tratamientos conservadores, pacientes muy jóvenes desdentados parcial o totalmente, restricciones o imposibilidad en el uso de prótesis por suponer un riesgo potencial (deficientes mentales severos, paralíticos cerebrales, epilépticos mal controlados, entre otros), mayor incidencia de mal oclusiones que la población general, oclusión traumática y bruxismo frecuente, con abrasiones e hipersensibilidad dentarias.

Las deficiencias y las discapacidades pueden acarrear enfermedades estomatológicas o aumentar las necesidades asistenciales al nivel bucal.

Los tratamientos medicamentosos a que están sometidos muchos de estos pacientes pueden aumentar el riesgo de patología bucodentaria (hipertrofias gingivales por hidantoínas, psicofármacos y otras).

La enfermedad bucal puede agravar un proceso invalidante. Muchas minusvalías implican una disminución en la motivación o imposibilidad de solicitar asistencia estomatológica, así como mantener una buena higiene oral.

Ciertos tratamientos bucales complicados, prótesis u ortodoncia, son incompatibles con determinados discapacitados.

Hay minusválidos que no cooperan en el sillón dental y son rechazados en los consultorios estomatológicos.

El grado de deterioro dental y gingival en ocasiones implica a tiempos prolongados de tratamiento, por lo que la familia los rehúsa.

Como es obvio, todo esto nos lleva a afirmar que la salud bucal de los discapacitados es significativamente peor que la de la población normal, pues

existe una prevalencia universal de la enfermedad periodontal y una higiene bucal más pobre. La alta incidencia de dientes cariados no tratados y la mayor incidencia de dientes ausentes se observa con frecuencia. Esto puede interpretarse como que a la persona impedida, que busca tratamiento odontológico, se le extraen dientes más a menudo, ya sea porque los dientes no son restaurables o porque el estomatólogo elige la extracción en lugar del tratamiento conservador, debido a la dificultad en el manejo del paciente.

Las minusvalías tanto físicas como psíquicas o sensoriales se asocian con una deficiente higiene bucal con una mayor patología buco dentaría en general, y periodontal en particular.

La extensa patología buco dentaría presente en estas personas es bien conocida desde la antigüedad. Muchas son las causas que pudiéramos apuntar en la explicación de este tipo de patología, aunque la falta de higiene se considera un factor determinante.

Dentro de la gran variedad de patologías buco dentarias que existen en este colectivo, la enfermedad periodontal es el problema más importante a nivel estomatológico. La enfermedad periodontal, además de la placa bacteriana, se ve influenciada por otros muchos factores, tanto sistémicos como locales.

Clasificación de pacientes según grupos de enfermedades

Se clasifican los pacientes en 4 grupos:

Grupo I:

Pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. En este grupo se incluirán:

- Pacientes diabéticos: aquellos afectados de diabetes mellitus, tanto insulino-dependiente como no insulino-dependiente.

- Pacientes cardiópatas: aquellos que presentan alguna de las siguientes patologías: cardiopatía isquémica, valvulopatías, insuficiencia cardíaca y pacientes con trasplante cardíaco.
- Pacientes nefrópatas: aquellos portadores de alguna de las siguientes patologías: insuficiencia renal crónica, pielonefritis crónica, litiasis renal crónica, hidronefrosis crónica, nefrectomizados y pacientes con trasplante renal.
- Pacientes con discrasias sanguíneas: aquellos que muestran algunas de las siguientes enfermedades: leucemias, drepanocitemia y otros tipos de anemias crónicas.
- Pacientes epilépticos: los que padezcan cualquier tipo de epilepsia independientemente de su clasificación

Grupo II:

Pacientes con enfermedades que provocan déficit motor. Se incluirán en este grupo a los siguientes:

- Parapléjicos: aquellos que presenten parálisis más o menos completa de partes simétricas, de ambos miembros superiores o de ambos miembros inferiores.
- Cuadripléjicos: aquellos que presenten parálisis de los 4 miembros.
- Hemipléjicos: aquellos que presenten parálisis de un lado del cuerpo.
- Otros: se incluirán en este grupo a aquellos pacientes que durante nuestra investigación observemos que tienen alguna otra patología que los incapacite desde el punto de vista motor y requieran consideraciones estomatológicas.

Grupo III

Pacientes con enfermedades que provocan déficit sensorial. A este grupo pertenecerán los siguientes pacientes:

- Ciegos: aquellos privados de la visión.
- Sordos: aquellos privados del sentido de la audición.
- Sordomudos: aquellos pacientes que se encuentren privados del sentido de la audición y de la palabra, esta última debido a la sordera congénita o adquirida poco después del nacimiento.

Grupo IV:

Pacientes con retraso mental. Aquellas personas que presenten desarrollo anormal de los problemas psíquicos fundamentales, los cognoscitivos superiores, o sea, los que tienen defectos estables de su actividad cognoscitiva (percepción, procesos voluntarios de la memoria, pensamiento lógico-verbal, lenguaje, y otras), a consecuencia de una lesión orgánica cerebral.

- Parálisis cerebral infantil (P.C.I.)
- Autismo
- Síndrome de Down

Características de enfermedades bucales en pacientes especiales

Grupo I

Pacientes cardiovasculares

Cardiopatía isquémica: estos pacientes pueden estar tomando medicamentos que interfieran con nuestro tratamiento o puedan provocar alteraciones en la cavidad bucal, como son los nitratos, los beta bloqueadores, los quelantes del calcio y la aspirina, dipiridamol o ticlopidina usadas como antiagregantes.

Pacientes diabéticos

La diabetes mellitus es otra enfermedad sistémica con repercusiones al nivel bucal. Los diabéticos en término general presentan una serie de alteraciones en la respuesta de los tejidos periodontales, a la placa bacteriana, de tal manera que parece haber una mayor predisposición a padecer enfermedades periodontales más graves, con pérdida de los tejidos de soporte. En este proceso es fundamental el control de la diabetes a la hora de valorar la progresión de la enfermedad periodontal, de tal manera que los diabéticos mal controlados tienen una mayor tendencia a la hemorragia, a la pérdida de inserción y a la pérdida de soporte óseo. La progresión y agresividad de las periodontitis suelen ser mayores en pacientes afectados de diabetes no insulino-dependiente que en aquellos que sí lo son, de tal forma que en este último caso puede existir una hiper respuesta monocítica medrada genéticamente con un incremento de mediadores de la inflamación.

Los niños y adolescentes con diabetes insulino-dependiente suelen presentar mayor inflamación gingival, sin que en muchas ocasiones puedan encontrarse pérdida de los tejidos de soporte diferentes a los de otros chicos que no padecen el trastorno. La hiperglucemia favorece el crecimiento de ciertos microorganismos al nivel periodontal y otras alteraciones al nivel vascular e inmunológico, que en conjunto favorecen la tendencia a las infecciones a este nivel.

Pacientes con nefropatías

Las lesiones bucales relacionadas con la enfermedad renal son generalmente inespecíficas; muchas alteraciones metabólicas y fisiológicas del organismo que acompañan a la enfermedad renal tienen manifestaciones bucales, tales como:

- Aumento de la concentración de amoníaco en la cavidad bucal que produce disglusia, la cual es manifestada por el paciente como sabor desagradable metálico o salado.
- Estomatitis urémica clasificada según Boris en tipo I: enrojecimiento y engrosamiento de la mucosa bucal que posteriormente presenta exudado gris

espeso, pastoso y pegajoso, tipo II: forma ulcerativa similar a la anterior pero en franca ulceración.

- Cambios de coloración en encías y mucosas bucales: púrpuras debido a deficiencias del factor III de la coagulación.
- Glositis debido a la anemia perniciosa.
- Hipertrofia parotidia.
- Hemorragias gingivales espontáneas.
- Edemas intrabucuales.
- Alteraciones en la articulación temporomandibular.
- Defectos dentarios: defectos en la normalización de los túbulos dentinarios, estrechamiento y alargamiento de la pulpa que produce cuernos pulpares prominentes. Hipoplasia de esmalte, retraso en el crecimiento y erupción dentaria, pigmentaciones dentaria

Grupo II

Pacientes discapacitados

Un problema de salud común a toda la población con minusvalías es la salud bucal. Podemos observar una deficiente higiene bucodentaria con elevados índices de placa, gingivitis y presencia de cálculo, así como la alta prevalencia de enfermedad periodontal.

Las caries también representan un problema muy frecuente en estos colectivos; no deben olvidarse factores como las dietas blandas y ricas en azúcares que en muchas ocasiones se les dan.

Los pacientes que están tomando psicofármacos pueden presentar pérdidas importantes en la tasa de flujo salival durante largos períodos de tiempo, lo que

favorecerá la aparición de caries rampantes, afecciones gingivales y de otros tejidos blandos.

Grupo III

Pacientes con discapacidades sensoriales

En muchos de los procesos que acompañan a la ceguera coexisten alteraciones en el desarrollo de los dientes, por lo que podemos encontrarnos con lesiones hipoplásicas del esmalte, como ocurre en la rubéola, la diabetes materna o la prematuridad. En la dentición permanente podemos encontrar alteraciones bucales con la misma frecuencia que en la población en general.

Grupo IV

Pacientes con retraso mental

Al nivel bucodentario, podemos encontrarnos con alteraciones morfológicas que se relacionan con la enfermedad o síndrome de base que produce el retraso mental. Pueden aparecer anomalías en la morfología dentaria y en el patrón eruptivo como hipoplasias de esmalte o una erupción retrasada; un paladar alto con hipoplasia maxilar, mal oclusiones con tendencia a clase II de Angle y mordida abierta, y retención en la dentición primaria.

Son muchas las causas orgánicas o síndromes que pueden dar lugar o acompañarse de retraso mental (RM). Por ello debemos considerar en la clínica dental las posibles alteraciones sistémicas independientemente de los problemas de manejo de conducta. El manejo clínico-odontológico de estos pacientes en general dependerá del nivel de retraso mental y de la patología.

Pacientes con parálisis cerebral

Patológicamente pueden presentar hemiplejía, paraplejía, cuadriplejía, más de dos tercios de estos pacientes padecen retraso mental, a lo cual se suman las afecciones bucales específicas de estos pacientes.

Un elevado número de estos pacientes suelen presentar cuadros convulsivos en algún momento. Las manifestaciones bucales que aparecen son varias; aunque no se ha encontrado mayor prevalencia de caries en estos pacientes en relación con la población general, sí se ha observado una mayor prevalencia de aparición de enfermedad periodontal y alteraciones gingivales.

Pueden presentarse traumatismos dentales, bruxismo y hábitos como la interposición lingual, respiración bucal o deglución atípica.

CAPITULO 2 LA CARIES DENTAL

Etiología

La caries se debe a la interacción de tres factores principales:

- el huésped (saliva y dientes).
- Microflora.
- el substrato (alimentos y dieta).

Definición

La caries dental es una de las enfermedades infecciosas de mayor prevalencia en el hombre y aunque algunos estudios en la pasada década han indicado reducción en la prevalencia de la caries dental en algunos países del mundo, esta enfermedad continua manteniéndose como uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial.

La caries dental ha sido definida como la destrucción localizada de los tejidos duros del diente, por la acción bacteriana, donde dichos tejidos son modificados y eventualmente disueltos.

Otros autores lo definen como la descomposición molecular de los tejidos duros del diente que involucra un proceso histoquímica bacteriano, el cual termina con la descalcificación y disolución progresiva de los materiales inorgánicos y desintegración de su matriz orgánica.

Aquellas áreas de los dientes que no estén protegidas por la autolimpieza, tales como fosa, fisuras y puntos de contacto, son más susceptibles a presentar caries

dental que aquellas expuestas a la autolimpieza, tales como superficies bucales y linguales.

La formación de cavidades cariosas comienza como pequeñas áreas de desmineralización en la superficie del esmalte, pudiendo progresar a través de la dentina y llegar hasta la pulpa dental. La desmineralización es provocada por ácidos, en particular ácido láctico, producido por la fermentación de los carbohidratos de la dieta por los microorganismos bucales. La formación de la lesión involucra la disolución del esmalte y la remoción de los iones de calcio y fosfato, así como el transporte hacia el medio ambiente circundante. Esta etapa inicial es reversible y la remineralización puede ocurrir particularmente con la presencia de fluoruros.

La caries aparece en los dientes como manchas blancas, depósitos de placa o sarro marronoso, y puede llegar a causar pequeñas fracturas o cavidades. La destrucción del diente se extiende propagándose al diente definitivo que aún se encuentra escondido. Una vez empieza, es cuestión de tiempo que se extienda y ataque a toda la dentadura

Tipos de caries:

Caries de la superficie lisa: se pueden prevenir, revertir y son las que avanzan de manera más lenta. Afectan sobre todo a jóvenes de entre 20 y 30 años. Comienzan con un punto blanco y desde allí, la bacteria va diluyendo el esmalte.

Caries de orificios y fisuras: son comunes en los niños y comienzan a aparecer alrededor de los 10 años en las piezas dentales permanentes. Se caracterizan por desarrollarse velozmente. Por lo general, se forman en las correderas de la zona masticadora de las muelas junto a las mejillas.

Caries de raíz: afectan a las personas de mediana edad y a los mayores. Atacan el tejido óseo que protege a la raíz, que queda descubierto a medida que las encías

retroceden. La principal causa de esta caries es lo dificultoso que resulta higienizar las raíces, además del consumo de azúcar en demasía.

Caries en el esmalte: se desarrollan muy despacio aunque una vez que llegaron a la dentina, que es la segunda capa de la pieza dental, la más sensible y la que ofrece menos resistencia, su avance es rápido.

Factores de riesgo de la caries dental

Concretamente, entendemos por criterio o factor de riesgo toda característica y circunstancia determinada ligada a una persona, a un grupo de personas o a una población, la cual sabemos que está asociada con un riesgo de enfermedad, la posibilidad de evolución de un proceso mórbido o de la exposición especial a tal proceso.

La teoría de los factores de riesgo es uno de los destacados logros de la medicina contemporánea, ya que permite controlar aquellos elementos o procesos que incidiendo negativamente, obstaculizan el ulterior fortalecimiento de la salud de la población. Esta teoría parte de que la etapa contemporánea de la civilización humana se caracteriza también por el progreso científico-técnico, que conjuntamente con acciones favorables para la salud, se hace acompañar de "impuestos" que se manifiestan negativamente sobre ellas. No por casualidad esta acción negativa es denominada algunas veces "el pago" por la adaptación a nuevas condiciones cambiantes de la vida.

Los factores de riesgo no actúan aisladamente, sino en conjunto, interrelacionadamente, lo que con frecuencia fortalecen en gran medida su nocivo efecto para la salud. Se tienen cálculos de la acción combinada de los factores de riesgo que muestran que su acción conjunta siempre es mayor que la simple suma aritmética de los riesgos relativos.

Es importante subrayar que la inespecificidad de los factores señalados para el surgimiento de enfermedades determinadas o clase de enfermedades, requiere de

la utilización de la concepción de los factores de riesgo y su análisis desde posiciones socio-higiénicas integrales, y no desde los puntos de vista de las diferentes disciplinas clínicas (Neumología, Oncología, Cardiología, etc.

Un factor de riesgo, o factor de exposición, es algún fenómeno de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social, en el genotipo o en el fenotipo, o alguna enfermedad anterior al efecto que se está estudiando, que por la variabilidad de su presencia o de su ausencia, está relacionada con la enfermedad investigada, o puede ser la causa de su aparición.

Para determinar la etiología de las enfermedades, es importante poder identificar los criterios para la definición y clasificación de los factores de riesgo que se pueden considerar como responsables, lo mismo que conocer sus fuentes, medir su variación, tener la factibilidad de compararlos en varios sujetos y asegurarse de la validez de su comparación.

Se sabe que gran cantidad de enfermedades o efectos no tienen etiología clara o causa conocida. Esta función de buscar la etiología de las enfermedades por medio de la identificación de factores de riesgo, es una finalidad de la epidemiología.

Los factores de riesgo son eventos o fenómenos de cualquier naturaleza a los cuales se expone el individuo en su ambiente, cuya consecuencia puede ser la producción de una enfermedad o efecto. Se puede considerar el ambiente del individuo como compuesto por 2 dimensiones: una externa o social, y la otra interna o biológica y psicológica. Por lo tanto, se puede hablar de 2 tipos de factores de riesgo: factores de riesgo del ambiente externo y factores de riesgo del ambiente interno.

Los factores de riesgo del ambiente externo pueden ser considerados como asociados con la enfermedad, los del ambiente interno pueden ser considerados como predictores de una enfermedad. Se trata entonces de establecer la relación de los factores de riesgo, externo e interno, los cuales forman un conjunto de factores responsables de la enfermedad en la comunidad y en el individuo, su

relación lo mismo que la variabilidad de la exposición, pueden explicar por qué determinados sujetos expuestos a un factor de riesgo desarrollan una enfermedad, mientras que otros con la misma exposición y a veces mayor, no la presentan. Se debe evitar la confusión entre factor de riesgo, que es una posible causa o algún factor que se investiga como responsable de la enfermedad, y el riesgo de la enfermedad, que es la responsabilidad de enfermar en un grupo dado. El riesgo de enfermedad es, por ejemplo, una probabilidad de adquirirla cuando se trabaja en incidencia, o de tenerla, cuando se trabaja con prevalencia. Personas expuestas a un factor o a una causa reconocida tienen mayor riesgo o probabilidad de contraer dicha enfermedad que personas carente de este factor de exposición. El riesgo no solamente es de incidencia o de prevalencia, sino la probabilidad de un evento, como complicaciones, mortalidad u otros. El factor de riesgo es responsable de la producción de una enfermedad, mientras que el indicador de riesgo pone de manifiesto la presencia temprana o tardía de esta. La mancha de Koplic en etapa temprana de sarampión, es un indicador de riesgo de sarampión, mientras que el factor causal es la exposición al virus de sarampión en condiciones apropiadas.

El conocimiento de los grupos de alto riesgo de adquirir la enfermedad (incidencia), de tenerla (prevalencia) y de morir como consecuencia de ella (mortalidad), permite plantear acciones eficaces para evitarla, para curarla, para la rehabilitación del enfermo, para reducir la mortalidad por lo menos en edad temprana, para formular y probar hipótesis de causalidad, de prevención y de curación, para evaluar medidas de salud, para tomar decisiones administrativas en hospitales y servicios de salud del sector público oficial, privado y mixto.

Por las características del proceso caries dental y debido a la fórmula dentaria, una persona puede estar afectada por poseer uno o más dientes o superficies dentales cariadas, sin embargo a la vez esta persona puede tener dientes y superficies dentales sanas que podrían estar en menor o mayor riesgo de resultar cariadas en un tiempo determinado, al igual que en una familia o grupo poblacional con alta

prevalencia de caries pueden haber personas con o sin riesgo a resultar afectadas por caries dental en cierto tiempo futuro.

El riesgo a caries dental no debe ser interpretado como actividad de caries, la cual se refiere al número de lesiones de caries dentales que aparecen en una persona, familia o grupo poblacional en un período de tiempo pasado (prevalencia o experiencia anterior o previa de caries) o futuro (incidencia o actividad posterior de caries); sino que personas, familias o grupos poblacionales sin actividad de caries, es decir sanos pudieran poseer riesgo a caries dental.

No obstante existir conocimiento de las causales a caries dental, ésta continúa teniendo elevada prevalencia en la mayoría de los países latinoamericanos; en otros como Cuba, la mayoría de los europeos, asiáticos y Estados Unidos se ha reducido considerablemente en las últimas dos décadas la prevalencia de este problema, pero aún en estas regiones se observa que el índice de caries aumenta con la edad, que a los 18 años generalmente rebasa la cifra, que comunidades e individuos sanos pueden desarrollar caries dentales en cierto período de tiempo y que algunas personas o poblaciones poseen gran número de lesiones, fenómeno conocido como polarización de la caries dental.

De lo anterior se deduce que para alcanzar mejores resultados en la prevención de la caries es necesario detallar los diferentes elementos que pueden hacer a las personas, familias y comunidades vulnerables a la caries dental, es decir aplicar el enfoque de riesgo para conocer los factores predisponentes a la aparición de esta enfermedad.

En el proceso de la caries dental intervienen varios factores biosociales que promueven la transmisión de la infección por microorganismos con potencial cariogénico, que una vez instalados en el ecosistema bucal y ante patrones dietéticos inadecuados elaboran: glucanos que le incrementan la adhesión a los dientes y ácidos que desmineralizan las estructuras dentarias, de no ser interferido

el proceso lleva a la prevalencia de la desmineralización sobre la remineralización con la formación de una cavidad clínicamente visible.

Por las características del proceso caries dental y debido a la fórmula dentaria, una persona puede estar afectada por poseer uno o más dientes o superficies dentales cariadas, sin embargo a la vez esta persona puede tener dientes y superficies dentales sanas que podrían estar en menor o mayor riesgo de resultar cariadas en un tiempo determinado, al igual que en una familia o grupo poblacional con alta prevalencia de caries pueden haber personas con o sin riesgo a resultar afectadas por caries dental en cierto tiempo futuro.

El riesgo a caries dental no debe ser interpretado como actividad de caries, la cual se refiere al número de lesiones de caries dentales que aparecen en una persona, familia o grupo poblacional en un período de tiempo pasado (prevalencia o experiencia anterior o previa de caries) o futuro (incidencia o

Actividad posterior de caries); sino que personas, familias o grupos poblacionales sin actividad de caries, es decir sanos pudieran poseer riesgo a caries dental.

El grado o nivel de riesgo a caries dental no es constante en todos los períodos de la vida y es susceptible de ser modificado por acciones preventivas coordinadas entre las familias, comunidades y los servicios de salud bucal.

Se considera el nivel de riesgo a caries como indicador global de las condiciones de salud bucal de los países.

Prevención de las caries

Educación sanitaria

La educación sanitaria es el pilar más importante en la prevención de la caries dental. Un buen instrumento para la transmisión y penetración de la educación sanitaria son los niños. Concienciar a los niños de la gran importancia que tiene el

cuidado dental para su salud, ayudará a que ellos de adultos, continúen cuidando su boca y la de sus futuros hijos. Los padres pueden aprender también estos hábitos saludables a través de sus hijos. Los malos hábitos de salud oral están causados por falta de información.

Eliminación de la placa bacteriana

La higiene bucal debe estar dirigida al control y la eliminación de la placa dental mediante métodos mecánicos y/o químicos. Esta higiene dental se debe fundamentar en el cepillado dental, el uso del hilo o seda dental y todos aquellos medios complementarios menores que sean necesarios.

Eliminación y control de la placa bacteriana por métodos mecánicos

Cepillado dental

Como ya hemos expuesto, la desmineralización del esmalte se produce por la existencia de un medio ácido tras la ingesta. El cepillado dental tras las ingestas, elimina la placa dental, equilibra el pH bucal y elimina los restos alimenticios. Deberíamos cepillarnos los dientes tras cada ingesta, si no es posible se recomienda se haga tras las principales ingestas, tres veces al día. Respecto a las técnicas, todas las técnicas descritas son correctas si se realizan correctamente pero el consenso a nivel de las sociedades odontológicas internacionales es que la técnica de Bass modificada es la ideal. El cepillado de los niños debe ser realizado siempre por los padres hasta que el niño demuestre la habilidad suficiente para hacerlo solo. Los niños pueden colaborar en su cepillado una vez que los padres han completado el cepillado. El uso de cepillos eléctricos no mejora los resultados del cepillado manual y están indicados en personas con dificultades de habilidad manual.

Hilo dental

El uso de hilo dental es un complemento perfecto al cepillado dental para eliminar los restos alimenticios que quedan entre los dientes. El uso del hilo o seda dental

requiere un cierto entrenamiento. La utilización de este método sería recomendable tras las grandes ingestas pero como mínimo será aceptable su utilización por las noches. Los cepillos interdetales también se utilizan para eliminar los restos alimenticios, pueden llegar por su diseño donde el cepillo normal no puede entrar.

Eliminación y control de la placa bacteriana por métodos químicos

El uso de colutorios puede estar indicado en pacientes que no consiguen los resultados deseados con los métodos mecánicos. La utilización debe ser indicada por un odontólogo puesto que tienen efectos sobre la flora bacteriana habitual de la boca y sobre los tejidos dentinarios pudiendo producir tinciones algunos de ellos

Medidas sobre la dieta

El tipo de dieta influye considerablemente en la producción de caries. Para que los dientes estén fuertes es importante una buena alimentación. Una dieta sin exceso de hidratos de carbono refinados (azúcar) y que contenga vitaminas y minerales, sobre todo calcio, es la más aconsejable para mantener una boca sana. Por tanto, es recomendable no abusar de alimentos ricos en azúcar (dulces, bollería, caramelos, bebidas azucaradas...) procurando reducir la frecuencia del consumo de estos alimentos y que se tomen solo durante las comidas. Los alimentos más ricos en vitaminas, minerales y calcio, son los lácteos, verduras y frutas frescas.

Es conveniente evitar comer entre horas, ya que los restos de alimentos permanecen entre los dientes hasta que se cepillan, favoreciendo así la aparición de caries. Disminuir el consumo de azúcares y una dieta equilibrada ayuda a disminuir el riesgo de sufrir caries. Reducir la toma de refrescos azucarados, el cambio de zumos concentrados por zumos naturales son otras medidas recomendables. La modificación de la frecuencia del consumo es incluso más importante que la cantidad.

Uso de Flúor

El uso del flúor previene la aparición de la caries interfiriendo en el metabolismo de las bacterias reduciendo su papel patógeno. La presencia de flúor facilita la incorporación de calcio a los tejidos duros del diente y a su remineralización.

Existen diversas presentaciones comerciales de flúor desde las pastas dentríficas, colutorios, geles, pastillas o barnices. Algunas de estas presentaciones son de uso profesional y se administran bajo la supervisión de un odontólogo en consulta. En algunas áreas urbanas el agua de consumo se somete a fluoración.

El sellado de fosas y fisuras

El sellado de fosas y fisuras es una técnica de prevención ampliamente extendida en la odontología actual. La modificación de las áreas anatómicas más retentivas de la cara masticatoria de los dientes, las fosas y las fisuras, mediante la utilización de diversas técnicas y materiales, ha sido una de las principales medidas preventivas empleadas para combatir la caries en niños con especial tendencia a sufrirlas.

Visitas regulares al odontólogo

El odontólogo es quién debe transmitir y reforzar la educación sanitaria con respecto a la boca. Guiar en las técnicas de cepillado, uso del hilo dental, el refuerzo de actitudes positivas en la dieta e higiene. Monitorizar la salud de nuestra boca y el desarrollo de la boca en los niños, actuando cuando sea necesario para corregir situaciones que hagan peligrar esta salud

CAPITULO 3: GINGIVITIS

Etiología

La gingivitis es una forma de enfermedad periodontal que involucra inflamación e infección que destruyen los tejidos de soporte de los dientes, incluyendo las encías, los ligamentos periodontales y los alvéolos dentales (hueso alveolar).

La gingivitis se debe a los efectos a largo plazo de los depósitos de placa, un material adherente compuesto de bacterias, moco y residuos de alimentos que se desarrolla en las áreas expuestas del diente. La placa es la principal causa de caries dental y, si no se remueve, se convierte en un depósito duro denominado sarro que queda atrapado en la base del diente. La placa y el sarro irritan e inflaman las encías. Las bacterias y las toxinas que éstas producen hacen que las encías se infecten, se inflamen y se tornen sensibles.

Una lesión a las encías por cualquier causa, incluyendo el cepillado y el uso de seda dental demasiado fuerte, puede causar gingivitis.

Muchas personas experimentan la gingivitis en grados variables. Ésta se desarrolla generalmente durante la pubertad o durante las primeras etapas de la edad adulta, debido a los cambios hormonales, y puede persistir o reaparecer con frecuencia, dependiendo de la salud de los dientes y las encías de la persona.

Tipos de gingivitis

Existen diversos tipos de gingivitis, está la gingivitis simple que es la más común y se caracteriza por una leve inflamación en el tejido periodontal. Dentro de la

gingivitis simple se encuentra la gingivitis de erupción, que es la que se presenta en niños pequeños cuando empiezan a salir sus piezas temporarias o también cuando las piezas permanentes empiezan a brotar, y esto se debe al choque de los alimentos directamente contra la encía. También dentro de la gingivitis simple se encuentra la que está relacionada con malos hábitos higiénicos como el poco cepillado de los dientes y la formación de placa bacteriana.

Otro tipo de gingivitis es la “infección de Vincent” también conocida como gingivitis ulceronecrotizante ocurre rara vez en los niños, pero es más común en los adultos, es una enfermedad de tipo infecciosa originada por el *Borrelia vincentii* y los bacilos fusiformes, esta enfermedad causa fiebre, pérdida del apetito, malestar en general y olor fétido.

La gingivitis crónica inespecífica es un tipo de enfermedad periodontal que se da en la pre adolescencia, rara vez presenta dolor y se puede presentar por lapsos de tiempos prolongados y esta puede ser producida por distintos factores que se unen y hacen que su causa sea más compleja.

La gingivitis escorbútica difiere de las demás, ya que esta no se origina por una mala higiene bucal, sino a la deficiencia de vitamina C, el dolor es muy severo y las hemorragias son espontáneas y se presenta normalmente en niños, aunque los casos severos de este tipo de gingivitis en los niños son raros.

Factores de riesgo

- Enfermedad general.
- Mala higiene dental.
- Embarazo (los cambios hormonales aumentan la sensibilidad de las encías).
- Diabetes no controlada.
- Estrés.
- Fumar.
- Mal nutrición.
- Los dientes mal alineados, los bordes ásperos de las obturaciones y la aparatología oral mal colocada o contaminada (como correctores dentales, prótesis, puentes y coronas) pueden irritar las encías e incrementar los riesgos de gingivitis.

Los medicamentos como la fenitoína, las pastillas anticonceptivas y la ingestión de metales pesados, como el plomo y el bismuto, también están asociados con el desarrollo de la gingivitis.

Prevención

La buena higiene oral es la mejor prevención contra la gingivitis porque remueve la placa que ocasiona este trastorno. Los dientes se deben cepillar por lo menos dos veces al día y se deben limpiar suavemente con seda dental, mínimo una vez al día. Las personas propensas a la gingivitis deben cepillarse los dientes y limpiarlos con seda dental después de cada comida y antes de acostarse. Es recomendable consultar con el odontólogo o con el higienista oral las técnicas adecuadas de cepillado y de uso de la seda dental.

El odontólogo puede recomendar instrumentos o herramientas especiales de higiene oral a las personas que tienen una propensión particular a desarrollar depósitos de placa. Su uso complementa, pero no reemplaza al cepillado minucioso y uso de la seda dental. Los aparatos y herramientas abarcan mondadientes y cepillos de dientes especiales, irrigación con agua u otros dispositivos. Los cepillos de dientes eléctricos se aconsejaban inicialmente a aquellas personas que tenían problemas con la fuerza o la destreza de sus manos, pero ahora se recomiendan a muchos pacientes con el fin de mejorar su higiene oral.

El higienista oral o el odontólogo pueden igualmente recomendar cremas dentales antisarro, cremas antiplaca o enjuagues bucales.

La limpieza o profilaxis dental profesional hecha con cierta regularidad es importante para remover la placa que se puede formar, incluso con un correcto cepillado y uso de seda dental. Muchos odontólogos aconsejan hacerse una limpieza dental profesional por lo menos cada seis meses.

CAPITULO 4 GINGIVOESTOMATITIS

Definición

Es una infección viral o bacteriana de la boca y las encías que causan hinchazón y úlceras.

CAUSAS

La gingivoestomatitis es común, particularmente entre los niños y puede ocurrir después de una infección con el virus del herpes simple tipo 1 (HSV-1), que también causa las boqueras (fuegos) o herpes labial. Ver: estomatitis herpética

La afección también puede ocurrir después de una infección con el virus de Coxsackie.

Se puede presentar en personas con mala higiene oral.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es la reducción de los síntomas. Tenga una buena higiene oral. Incluso, así exista sangrado y se presente dolor, es importante el cepillado de las encías en forma suave y cuidadosa, con el fin de disminuir las posibilidades de una infección adicional, causada por las bacterias normales de la boca.

Se pueden necesitar antibióticos. Es posible que el médico deba limpiar el tejido infectado, un proceso denominado desbridamiento.

Se pueden recomendar los enjuagues bucales medicados para reducir el dolor. El agua con sal (media cucharada pequeña de sal en un vaso de agua) o enjuagues de venta libre, como el peróxido de hidrógeno o la xilocaína, pueden servir como calmantes.

La alimentación debe ser bien balanceada y nutritiva. Los alimentos suaves, blandos y sin condimentos pueden reducir la molestia al comer.

Pronóstico

Las infecciones de gingivostomatitis se clasifican desde leves y ligeramente incómodas hasta severas y dolorosas. Las úlceras generalmente desaparecen en 2 ó 3 semanas con o sin tratamiento. El tratamiento puede reducir el malestar y acelerar el proceso de cicatrización.

Posibles complicaciones

La gingivostomatitis puede encubrir otras úlceras bucales más graves.

CAPITULO 5: PERIODONTITIS

Etiología

La periodontitis ocurre cuando la inflamación y la infección de las encías (gingivitis) se deja sin tratamiento o cuando el tratamiento se demora. Dicha infección e inflamación se disemina desde las encías (gingiva) hasta los ligamentos y el hueso que sirven de soporte a los dientes.

La pérdida de soporte hace que los dientes se aflojen y finalmente se caigan. La periodontitis es la causa principal de la caída de los dientes en los adultos. No es un trastorno común en la niñez, pero se incrementa durante la adolescencia.

La placa y el sarro se acumulan en la base de los dientes. La inflamación hace que entre la encía y los dientes se formen bolsas que se llenan de sarro y de placa. La inflamación del tejido blando atrapa la placa en la bolsa.

La inflamación continua causa finalmente la destrucción de los tejidos y el hueso alrededor de los dientes. Debido a que la placa contiene bacterias, es probable que se presente infección y también se puede desarrollar un absceso dental, lo cual aumenta la proporción de la destrucción ósea.

Definición

La periodontitis, denominada comúnmente piorrea, es una enfermedad crónica e irreversible que puede cursar con una gingivitis inicial, para luego proseguir con una retracción gingival y pérdida de hueso hasta, en el caso de no ser tratada, dejar sin soporte óseo al diente. La pérdida de dicho soporte implica la pérdida irreparable del diente mismo. De etiología bacteriana que afecta al pperiodonto, sé da mayormente en adultos de la 3 edad; el tejido de sostén de los dientes, constituido por la encía, el hueso alveolar, el cemento radicular y el ligamento periodontal.

La periodoncia es la rama de la odontología que estudia los tejidos periodontales, así como también el manejo estético de las encías y los implantes dentales.

Además de la placa bacteriana, existen otros factores locales y sistémicos que modifican la respuesta del huésped ante la invasión bacteriana, facilitando o por el contrario retardando el proceso infeccioso, por ejemplo tabaquismo, diabetes mellitus, déficits de neutrófilos (Síndrome de Down, Papillon-Lefèvre o Marfan), etc. Sin embargo, es de vital importancia comprender que la única forma de evitar su aparición es manteniendo una adecuada higiene oral y visitas periódicas al odontólogo.

La enfermedad en su forma agresiva (periodontitis agresiva) puede aparecer en edades tempranas, evolucionando de manera rápida, lo que provoca la pérdida de piezas dentales en personas jóvenes.

Factores de riesgo

- Fumar.
- Mal higiene bucodental.
- Estrés.
- Predisposición familiar.
- Condiciones médicas.
- Enfermedad del corazón.
- Diabetes.
- Terapia hormonal sustitutiva.
- Osteoporosis.
- Lupus.
- VIH/SIDA.
- Inmunodeficiencia.
- Epilepsia.

Tipos

Caso tipo I gingivitis

Caso tipo II Periodontitis Leve

Caso tipo III Periodontitis moderada

Caso tipo IV Periodontitis avanzada

Prevención de la enfermedad periodontal

Las medidas de prevención periodontal irán encaminadas a la eliminación de la placa bacteriana o sarro, principal agente responsable de la periodontitis.

La herramienta más eficaz es el cepillo dental. Los cepillos suaves son más eficaces que los duros para eliminar la placa. Sin embargo, lo más importante no es el tipo de cepillo sino la forma de utilizarlo. Han sido desarrolladas varias técnicas para el cepillado dental aunque es recomendable la instrucción guiada por un dentista en, por lo menos, una ocasión.

La capacidad que tiene un cepillo de dientes para eliminar la placa se reduce, notablemente, cuando las cerdas del cepillo se abren. Por este motivo, los cepillos de dientes deben reemplazarse al primer signo de desgaste.

Los cepillos eléctricos no representan ningún beneficio respecto a los convencionales. Pueden estar indicados en personas con problemas de habilidad manual, como pacientes con artritis, parálisis, etc...

El uso de hilo o seda dental por lo menos una vez al día disminuye el aumento de placa dental en espacios interdentes donde el cepillo no llega.

La utilización de cepillos interdetales y los aparatos que irrigan agua a presión pueden suplementar las técnicas de higiene. Aunque estos irrigadores no remueven la placa, pueden, sin embargo, eliminar los restos de comida favorecedores de formación de placa.

El último pilar, y no por ello menos importante en la prevención, son las visitas periódicas al dentista para vigilar la salud de nuestras encías. El odontólogo determinará si son necesarias y con qué periodicidad las higienes orales o tartrectomías. Esta medida evitará la aparición de la periodontitis completando así su profilaxis.

CAPITULO 6: PULPITIS

Definición:

Pulpitis es la inflamación de la pulpa dentaria provocada por estímulos nocivos de variada índole; dentro de los cuales están: los agentes bacterianos que pueden tener una vía de acceso coronario (caries, anomalías dentarias: como dens in dente, evaginación e invaginación) y una vía de acceso radicular (lesiones endoperiodontales, caries radicular); traumáticos: trauma agudo (fractura coronaria y radicular, luxación) y crónico (atrición, abstracción, erosión); químicos a través del uso de materiales de obturación (resinas - cementos) antisépticos, desecantes (alcohol - cloroformo) y desmineralizantes; iatrogénicos calor de fresado, pulido y de fraguado, exposición pulpar, y finalmente; idiopáticos.

Tipos de pulpitis

Pulpitis reversible

Es una enfermedad inflamatoria suave a moderada de la pulpa causada por diversos estímulos, en la cual la pulpa es capaz de regresar al estado no inflamatorio después de retirado el estímulo. Los cambios inflamatorios que ocurren son: vasodilatación, congestión, estasia, trombosis, aglomeración de leucocitos dentro de los vasos sanguíneos, edema, ruptura de los vasos y hemorragia local. Se caracteriza por ser un dolor no localizado, agudo y que cede después de aplicar un estímulo doloroso. También es conocida como hiperemia dental. La hiperemia puede aparecer después de un tratamiento odontológico (obturación, microfiltración por mal sellado, preparación para prótesis fija, ajuste oclusal, túbulos dentinarios expuestos, maniobras iatrogénicas) o después de un traumatismo dentario.

Si la hiperemia se mantiene en el tiempo puede derivar en una pulpitis irreversible.

Pulpitis Irreversible

Es una enfermedad inflamatoria persistente de la pulpa, la cual se encuentra vital, pero sin capacidad de recuperación, aún cuando se hayan eliminado los estímulos externos que provocan el estado inflamatorio. Generalmente son debidas a una pulpitis reversible no tratada. Se caracteriza también por la aparición de dolor de forma espontánea, sin haber aplicado ningún estímulo sobre el diente. La reacción inicial de la pulpa es la liberación de mediadores químicos de la inflamación. Se forma entonces un edema intersticial que va a incrementar la presión intrapulpar, comprimiendo las fibras nerviosas, y dando lugar a un dolor muy intenso, espontáneo y provocado. En las formas serosas prevalece el exudado inflamatorio, mientras que en las formas purulentas hay aumento de pus, debido a los leucocitos que han llegado a resolver la inflamación. La pulpitis irreversible deberá ser

tratada siempre, ya que no se puede recuperar, bien haciendo una endodoncia o tratamiento de conductos o, si el diente es insalvable, una extracción.

Según el grado de afectación del tejido pulpar, y de la afectación o no del tejido periapical, presentará diferente sintomatología:

1° *Pulpitis Crónica*: Dolor más o menos intenso, localizado, principalmente aparece al contactar con el diente afectado en la masticación, aunque también responde de forma intensa al frío o al calor. Es menos frecuente que los dos siguientes tipos de pulpitis irreversible.

2° *Pulpitis Aguda Serosa*: Se caracteriza por un dolor agudo, localizado, que no cede tras la aplicación de un estímulo doloroso, principalmente el frío, aunque el calor o el contacto con determinados alimentos también pueden producir dolor.

3° *Pulpitis Aguda Purulenta*: Además de inflamación existe un contenido purulento dentro de la pulpa. El dolor es muy intenso al aplicar calor, y suele aliviarse momentáneamente al aplicar frío.

CAPITULO 7: NECROSIS PULPAR

Las pulpitis agudas, así como los estados degenerativos, dependiendo de algunos factores intrínsecos, pueden avanzar rápida o lentamente hacia la muerte pulpar, lo que implicaría el cese de los procesos metabólicos de este órgano.

La necrosis pulpar generalmente es asintomática, pero hay una alteración en el color de la dentina coronaria. El examen radiográfico puede evidenciar restauraciones mal ajustadas o una cavidad de caries, podemos también observar el ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal, denotando que jamás debemos considerar una alteración pulpar como estanca, dado que aunque no sea

evidente, compromete al periodonto. La prueba del tallado de la cavidad será de gran valor en los casos de dudas de diagnóstico.

Para estos casos está indicada la necropulpectomía.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio descriptivo de enfermedades orales en 100 pacientes discapacitados tomados al azar y para poder determinar con mayor exactitud el número de individuos que se debe encuestar, se utilizó el programa EPIDAT de la Organización Panamericana de la Salud [36], mediante la rutina “cálculo del tamaño de muestra y precisión para estimación de una proporción poblacional” del centro de rehabilitación médica INFA Guayaquil para determinar el estado de salud bucal en el período comprendido de marzo a junio de 2010. Teniendo como finalidad la propuesta de un plan de acciones para mejorar la salud bucal del discapacitado, estudiando variables de interés relacionadas con factores de riesgos asociados a las enfermedades bucales más frecuentes, la caries dental, las periodontopatías y las mal oclusiones dentarias, así como la presencia de las mismas, dejando establecido un plan de acción que debe ser ejecutado por los odontólogos que atienden este centro, encaminado a incrementar el estado de salud bucal de los discapacitados.

Los criterios de inclusión para el estudio fueron:

1. Pacientes que constan en la nómina del centro de rehabilitación médica INFA Guayaquil.
2. Pacientes que presenten una o más patologías orales y se sean discapacitados.
3. Pacientes que cumplan con consentimiento informado acerca de la naturaleza del estudio

Los criterios de exclusión fueron:

1. Pacientes que no se pudo constatar el 100% de la información requerida

Previo consentimiento informado de los factores del centro, así como de los padres o tutores realizamos el examen físico bucal a los pacientes, se revisaron las historias clínicas individuales, fotos donde se obtuvo la información necesaria sobre la atención estomatológica sistemática que reciben estos pacientes como parte del Programa Integral de Atención estomatológica y la elaboración de la dieta diaria que los mismos consumen, charlas de orientación educacional de prevención odontológica a pacientes y familiares.

Cabe mencionar que en esta charla educativa se obsequio a los asistentes un kit de cuidado oral y folletería de guías de prevención dental para padres y técnicas de cepillado oral.

RECOPIACION DE DATOS DE LOS PACIENTES

Edad	Patología base	Patología oral	Dientes cariados	Dientes Obtorados	Dientes Ausentes
36	Osteomelitis	caries	6	6	6
13	Retraso Psicomotor	caries	6	2	0
3	Síndrome de down	caries	8	0	0
7	Retraso Psicomotor	caries	7	4	1
3	Retraso Psicomotor	caries	4	0	1
15	Hemiparesia derecha	caries	4	2	3
10	Retraso Psicomotor	caries	4	5	2
13	P.C.I.	caries	5	0	0
6	Retraso Psicomotor	caries	7	2	1
13	P.C.I.	caries	5	1	1
14	síndrome de cornelio lange	caries	5	2	1
4	Síndrome de down	caries	5	0	1
31	trauma medular toraxico	caries	8	7	7
13	P.C.I.	caries	3	1	4
12	Retraso Psicomotor	caries	5	0	0
18	Retraso mental leve	Gingivitis	7	1	5
13	P.C.I. espástica	Gingivitis	4	2	0
8	Síndrome de down	Gingivitis	10	0	0
16	P.C.I.	Gingivitis	3	0	0
13	retraso mental leve	Gingivitis	18	2	1
24	Parálisis facial	Gingivitis	12	2	4
20	Síndrome de down	Gingivitis	9	0	1
13	retraso mental leve	Gingivitis	9	2	0
4	Síndrome de down	Gingivitis	7	0	0
5	P.C.I.	Gingivitis	3	2	1
5	P.C.I.	Gingivitis	4	2	1
15	Retraso mental moderado	Gingivitis	6	4	0
4	microcefalea	Gingivitis	11	2	0
45	derrame cerebral	Gingivitis	3	8	1
20	Síndrome de Guillen Barre	Gingivitis	8	0	4
42	Parapléjico	Gingivitis	9	5	9
11	P.C.I.	Gingivitis	6	2	0
9	P.C.I.	Gingivitis	4	2	2
10	P.C.I. espástica	Gingivitis	8	1	4
5	retraso mental leve	Gingivitis	9	2	1
22	Retraso tardío	Gingivitis	7	0	0
8	P.C.I.	Gingivitis	2	0	1
7	P.C.I. espástica	Gingivo estomatitis	4	0	7
22	Síndrome de down	Gingivo estomatitis	5	0	8

18	Retraso Psicomotor	Gingivo estomatitis	4	2	0
19	Cuadriparesia espastica	Gingivo estomatitis	7	2	0
5	P.C.I.	Gingivo estomatitis	4	0	3
84	Paralisis facial	Gingivo estomatitis	16	0	16
70	Paraplejico	Gingivo estomatitis	10	2	10
57	Retraso Psicomotor	Gingivo estomatitis	9	3	13
81	hemiplejia izquierda	Gingivo estomatitis	14	5	11
77	Traumatismo craneo encefalico	Gingivo estomatitis	9	7	8
65	Hemiparesia derecha	Gingivo estomatitis	13	4	14
6	P.C.I espastica	Gingivo estomatitis	5	2	4
81	Retraso Psicomotor	Gingivo estomatitis	9	4	11
64	hemiparecia derecha	Gingivo estomatitis	5	2	17
87	Hemiparesia derecha	Gingivo estomatitis	13	3	9
57	Derrame facial	Periodontitis	2	0	28
31	hemiplejia izquierda	Periodontitis	8	2	4
55	hemiparecia derecha	Periodontitis	3	4	18
64	Retraso mental leve	Periodontitis	3	1	15
29	Traumatismo craneo encefalico	Periodontitis	4	3	4
68	vertigo periferico	Periodontitis	5	5	11
57	hemiparesia I	Periodontitis	15	0	13
53	hemiparecia facio braquio crural izquierdo	Periodontitis	18	0	10
49	derrame parcial izquierdo	Periodontitis	9	2	14
57	Derrame facial	Periodontitis	14	6	12
29	Retraso Psicomotor	Periodontitis	13	0	1
26	retrardo medio/epilepsia	Periodontitis	8	3	5
53	Hemiparesia izquierda	Periodontitis	5	5	12
49	Paraplejico	Periodontitis	7	5	11
52	Paralisis facial	Periodontitis	9	0	14
35	Paraplejico	Periodontitis	11	3	3
6	Retraso Psicomotor	Periodontitis	5	3	3
74	paraplejica/ epilectica	Periodontitis	5	0	25
14	Retraso mental	Periodontitis	4	2	1
17	Autismo grado I	pulpitis	9	4	0
23	retraso mental leve	pulpitis	12	0	2

8	retraso madurativo	pulpitis	7	3	0
6	Autismo	pulpitis	6	2	2
5	Encefalomelitis	pulpitis	6	1	0
3	Retraso Psicomotor	pulpitis	7	1	0
6	P.C.I	pulpitis	5	5	0
5	P.C.I. espastica	pulpitis	8	4	1
11	P.C.I. espastica	pulpitis	6	2	0
3	Hemiparesia izquierda	pulpitis	8	0	0
4	P.C.I.	pulpitis	6	4	0
2	Sindrome de down	pulpitis	3	3	0
4	Sindrome de down	pulpitis	4	1	0
4	P.C.I. espastica	pulpitis	11	0	1
4	neuroaxonopatía motora derecha	pulpitis	9	0	0
3	Retardo psicomotor	necrosis pulpar	16	0	0
4	Sindrome de down	necrosis pulpar	7	5	0
7	Retraso Psicomotor	necrosis pulpar	9	0	2
9	Autismo	necrosis pulpar	3	2	2
26	Sindrome de down	necrosis pulpar	7	6	2
8	P.C.I.	necrosis pulpar	8	0	0
51	Paralisis facial	necrosis pulpar	9	4	10
5	P.C.I. / Cuadriparecia	necrosis pulpar	11	2	1
6	Retraso mental leve	necrosis pulpar	12	0	0
5	Retraso Psicomotor	necrosis pulpar	3	5	0
11	Trastorno deambulacion	necrosis pulpar	6	0	0
69	retraso mental leve	necrosis pulpar	8	3	22

Casos Clínicos

Paciente No1: Vicente Calderón

Edad: 4 años

Sexo: masculino

Patología Oral: caries



Fig. No 1 vista frontal
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig. No2: Vista en Oclusión
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil - Ecuador



Fig. No 3 vista maxilar superior
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig. No4: Vista maxilar inferior
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil - Ecuador

Paciente No2: Josué Vera

Edad: 8 años

Sexo: masculino

Patología Oral: Gingivitis



Fig. No 5: vista frontal
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig. No 6: Vista en Oclusión
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil - Ecuador



Fig. No 7 vista maxilar superior
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig. No 8: Vista maxilar inferior
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador

Paciente No3: Hilary Agua

Edad: 7 años

Sexo: Femenino

Patología Oral: Gingivostomatitis



Fig. No 9: vista frontal
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig. No 10: Vista en Oclusión
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil - Ecuador



Fig. No 11 vista maxilar sup. Izq.
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig. No 12: Vista maxilar Sup. Der.
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil - Ecuador



Fig. No 13 vista maxilar Inf. Izq.
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig. No 14: Vista maxilar Inf. Der.
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil - Ecuador

Paciente No4: Josué Vera

Edad: 64 años

Sexo: femenino

Patología Oral: periodontitis



Fig. No 15: vista frontal
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig. No 16: Vista en Oclusión
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil - Ecuador



Fig. No 17 vista maxilar superior
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig. No 18: Vista maxilar inferior
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil - Ecuador



Fig. No 19 vista Interna del Max. Inf.
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador

Paciente No5: Emily Tutiven

Edad: 7 años

Sexo: femenino

Patología Oral: Pulpitis



Fig. No 20: vista frontal
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig. No 21: Vista en Oclusión
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil - Ecuador



Fig. No 22: vista maxilar superior
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig. No 23: Vista maxilar inferior
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador

Paciente No 6: Eduardo Cirino

Edad: 57 años

Sexo: Masculino

Patología Oral: Necrosis Pulpar



Fig. No 24: vista frontal
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig. No 25: Vista en Oclusión
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil - Ecuador



Fig. No 26 vista maxilar superior
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig. No 27: Vista maxilar inferior
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador

Resultados

La población de pacientes del centro de rehabilitación medico INFA Guayaquil, según los datos de la misma durante los tres meses de mi permanencia fueron de 526 pacientes

Para poder determinar con mayor exactitud el número de individuos que se debe encuestar, se utilizo el programa EPIDAT de la Organización Panamericana de la Salud [36], mediante la rutina “cálculo del tamaño de muestra y precisión para estimación de una proporción poblacional”.

Se considero que de la asistencia total de pacientes al servicio el 72% eran discapacitados. Los resultados del cálculo realizado son:

Tamaños de muestra y precisión para estimación de una proporción poblacional

Tamaño poblacional:	526
Proporción esperada:	72.000%
Nivel de confianza:	95.0%
Efecto de diseño:	1.0

Precisión (%)	Tamaño de muestra
-----	-----
8.000	99

De las 100 personas encuestadas el 100% resultaron portadoras de una patología oral (caries). De todos ellos se registro edad, sexo, patología base, patología oral y características clínicas importantes, de acuerdo a la siguiente tabla:

PATOLOGIA BASE	% casos	PATOLOGIA ORAL	No. casos
Parálisis Cerebral Infantil	20%	GINGIVITIS	9
Retraso Psicomotor	14%	CARIES	7
Síndrome Down	9%	GINGIVITIS	4
Hemiparesia izquierda y derecha	10%	PERIODONTITIS	6
OTROS	47%		

La muestra fue tomada a pacientes de 3 a 87 años de edad de los cuales un 53% fueron niños de 3 a 13 años y 47% fueron adultos de 14 a 87 años. Es importante anotar que el mayor porcentaje de la muestra fueron niños.



Gráfico No. 1: muestra total de pacientes por sexo

Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador

Incidencia de patología oral según el sexo, fue superior en el sexo femenino 60% vs 40% del masculinos.

La mayor incidencia de caries en el sexo femenino con un 56.1% vs.50.6% en el masculino, podemos apreciarlo en el (grafico No. 2 – 3)

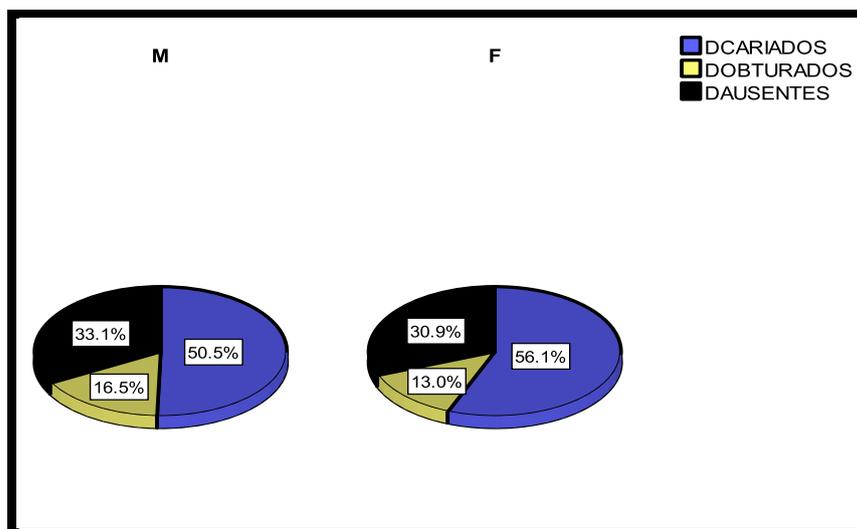


Gráfico No. 2: total patología oral más encontrada según el sexo

Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador

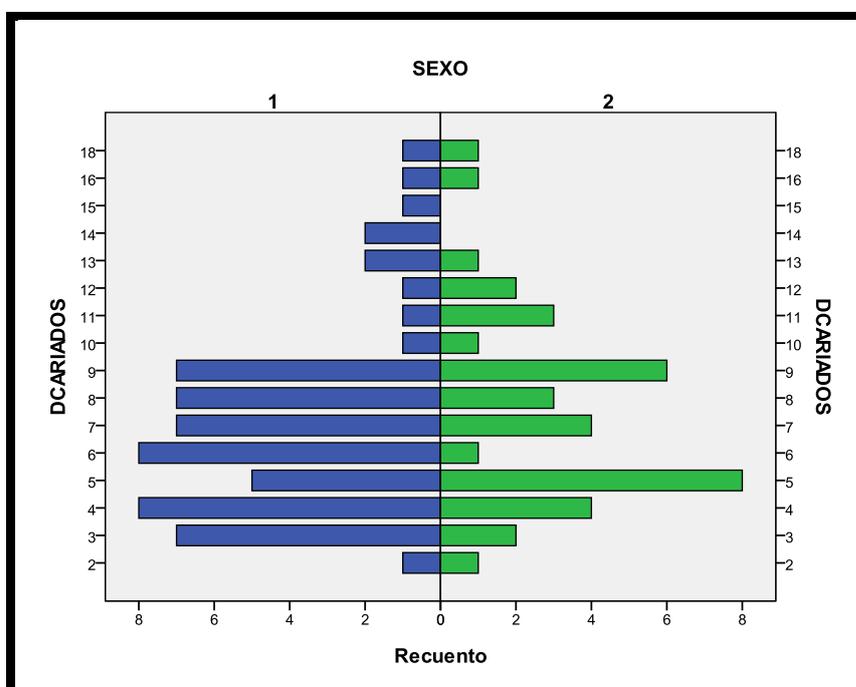


Gráfico No. 3: total de dientes careados encontrados según el sexo

Fuente: Stefania Martini

Guayaquil – Ecuador

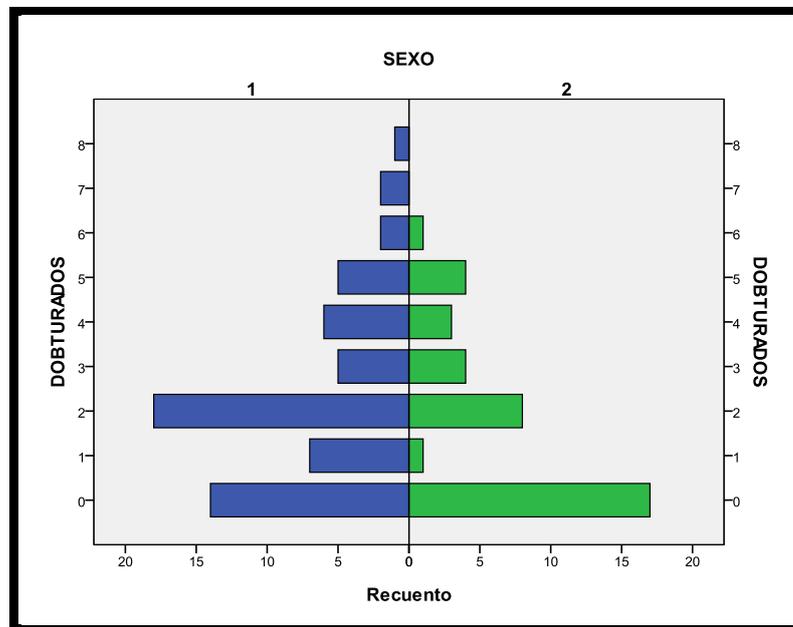


Gráfico No. 4: Pirámide poblacional del total de dientes obturados según el sexo.

Fuentes: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador

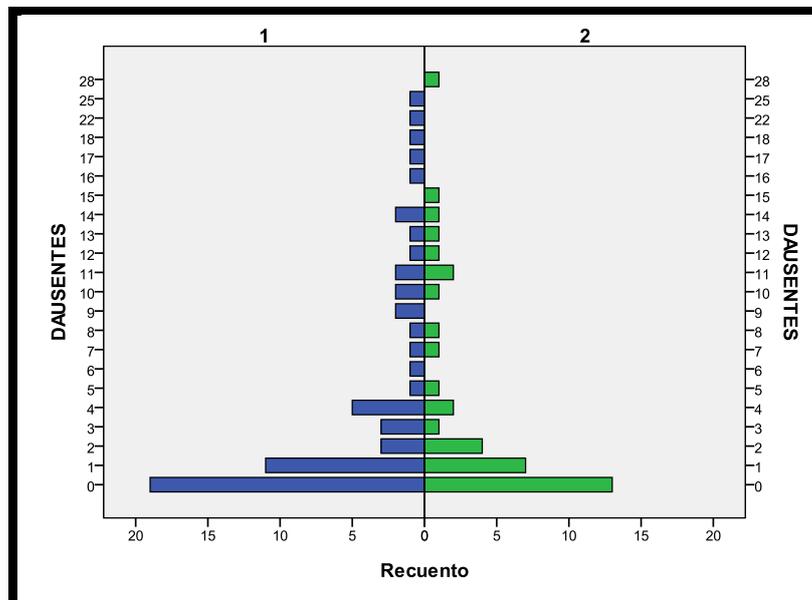


Gráfico No. 5: Pirámide poblacional del total de dientes ausentes, según el sexo.

Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador

TOTAL DE PATOLOGÍAS ORALES ENCONTRADAS

- Según el sexo y la edad
- Pacientes de sexo masculino

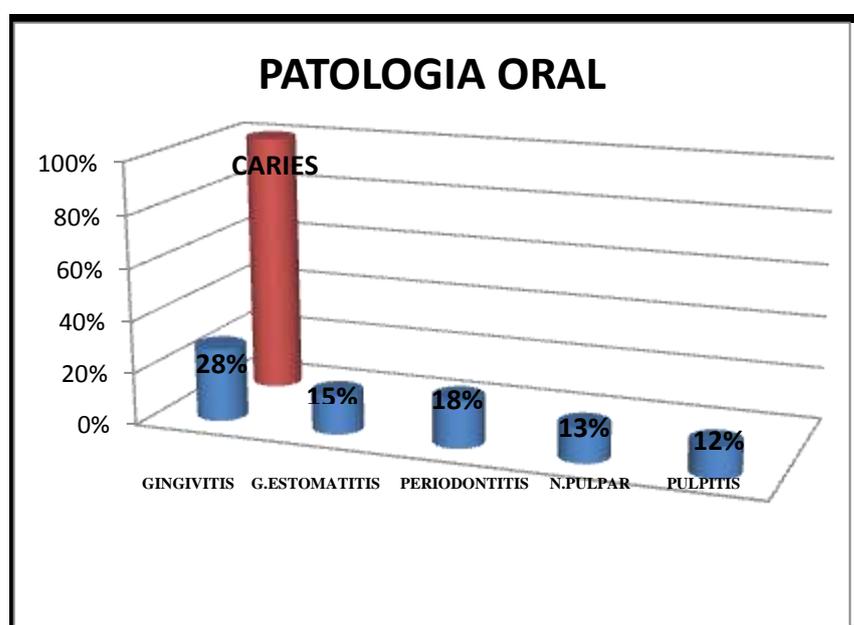


Gráfico No. 7: Incidencia de lesiones orales en la población de 3-87 años.

Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador

Aquí podemos ver el total de lesiones orales más frecuentes en paciente de sexo masculino, predomina las caries dentales con un 100%; seguida de gingivitis con un 28% y periodontitis 18%.

Mediante una regresión lineal se encontró que las caries dentarias, son dependientes de la edad en un 26% ($R^2=0.256$). Grafico N° 6.

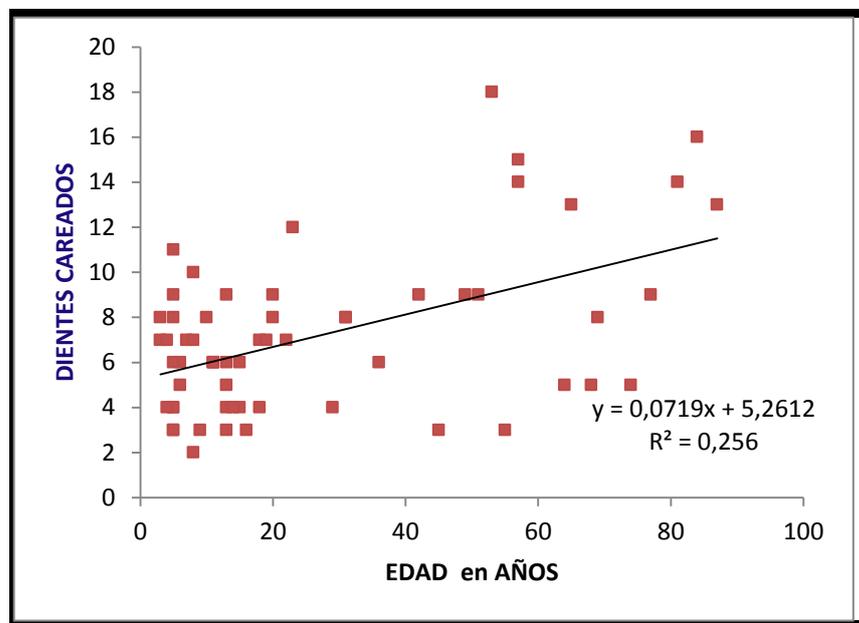
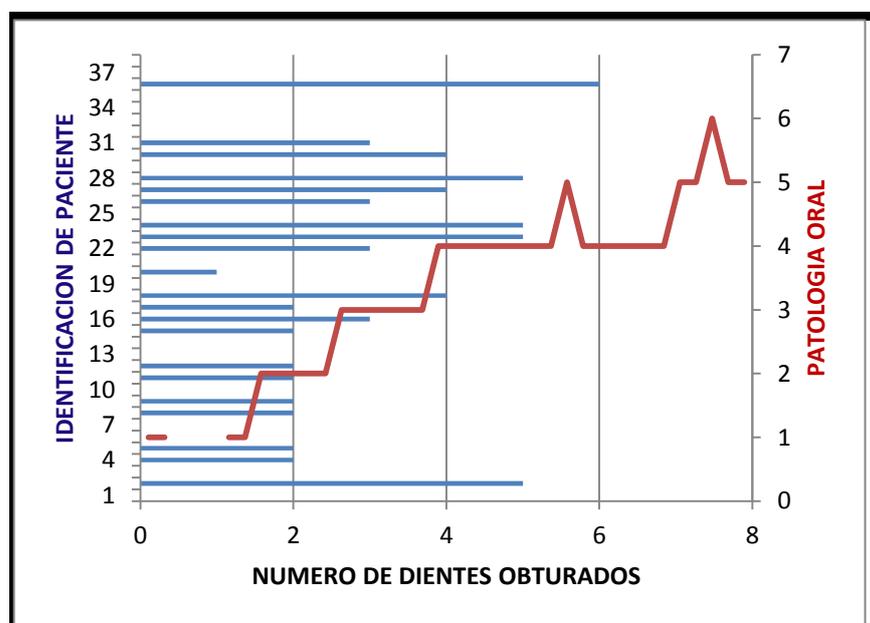


Grafico No. 6: El 26% de dientes careados es dependiente de la edad.

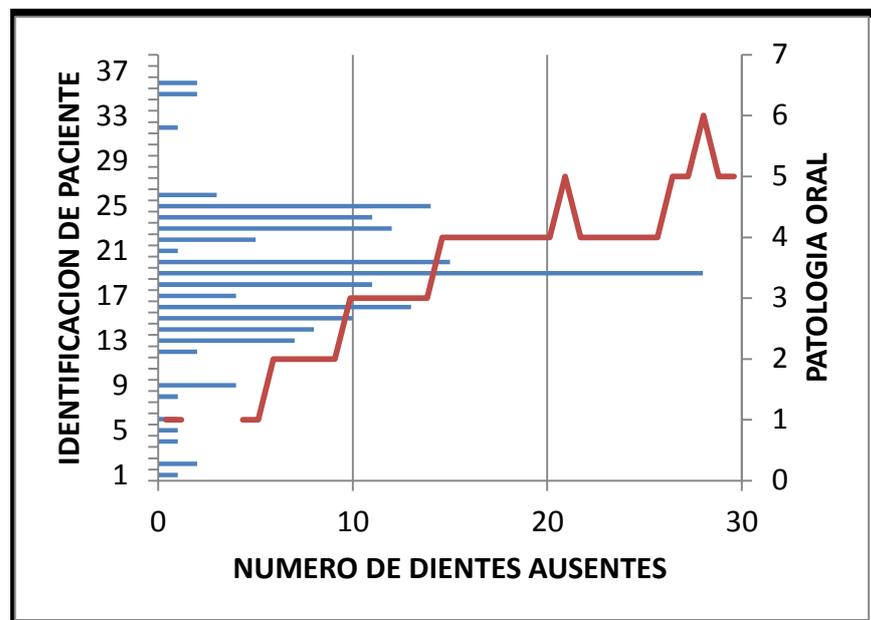
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



PAT.ORAL: 1= caries; 2= gingivitis; 3= gigivoestomatitis; 4= periodontitis 5=pulpitis;
6=necrosis pulpar.

Grafico No 7. : Cantidad de dientes obturados en relación a patología de base

Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



PAT.ORAL: 1= caries; 2= gingivitis; 3= givivoestomatitis; 4= periodontitis
5=pulpitis; 6= necrosis pulpar.

Grafico No 8. : Cantidad de dientes ausentes en relación a patología de base.

Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador

El grafico No.6: muestra el incremento de dientes cariados y su dependencia con la edad llegando a un promedio de 10 dientes careados, hasta los 13 años.

El grafico No. 7: Se encuentra un comportamiento irregular, pero siempre con niveles bajos de dientes obturados (sólo un total de 2 a 4 dientes por paciente con historia de caries).

El grafico No. 8: encontramos anodoncia y 28 dientes perdidos en un sujeto; y (5 a 15 dientes perdidos) en 11 sujetos.

Los valores aumentan progresivamente conforme aumenta la edad.

• **Pacientes de sexo masculino de 3 a 13 años de edad**

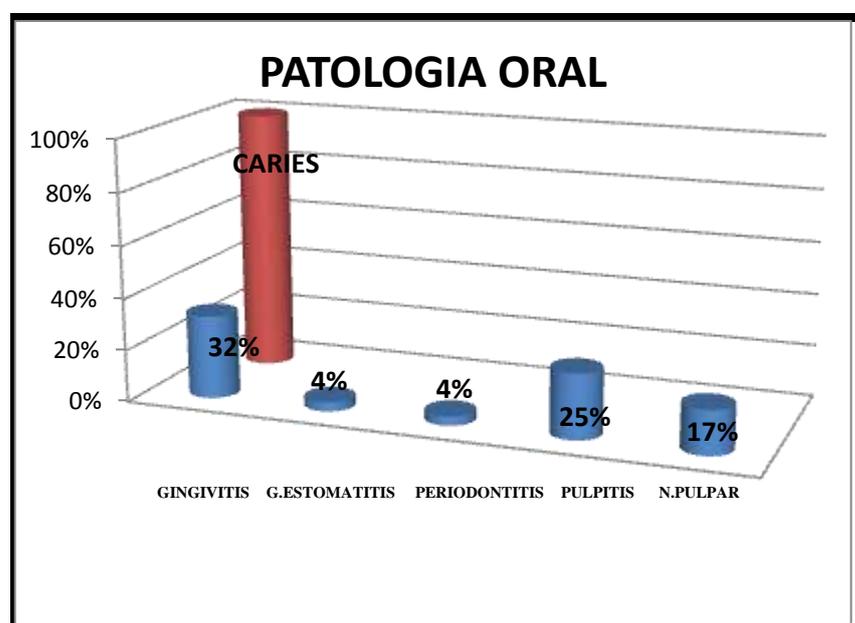


Grafico No. 9: Incidencia de lesiones dentarias.

Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador

En el grafico N° 9: podemos ver el total de lesiones orales más frecuentes en niños de sexo masculino, lo que predomina son las caries dentales con un 100% seguida de gingivitis con un 32% y pulpitis en un 25%.

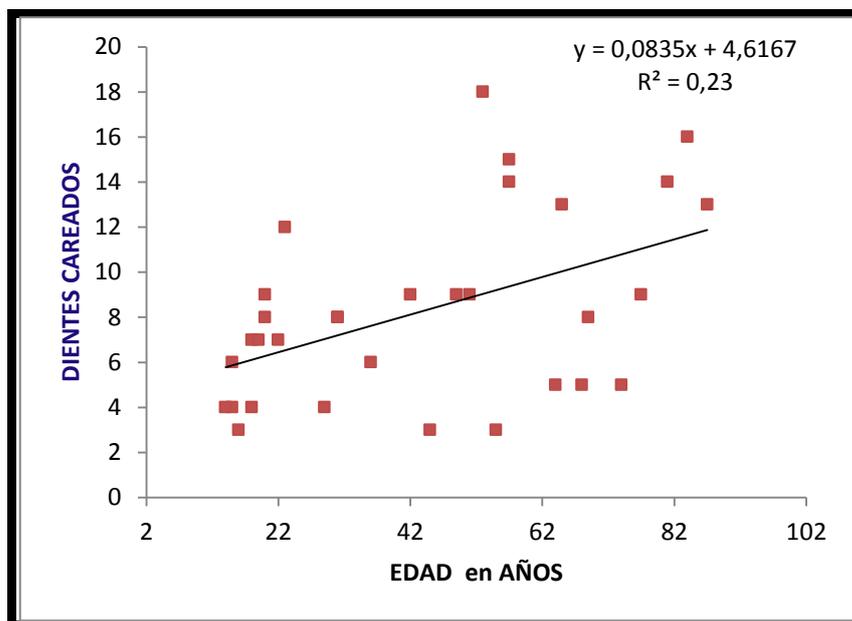
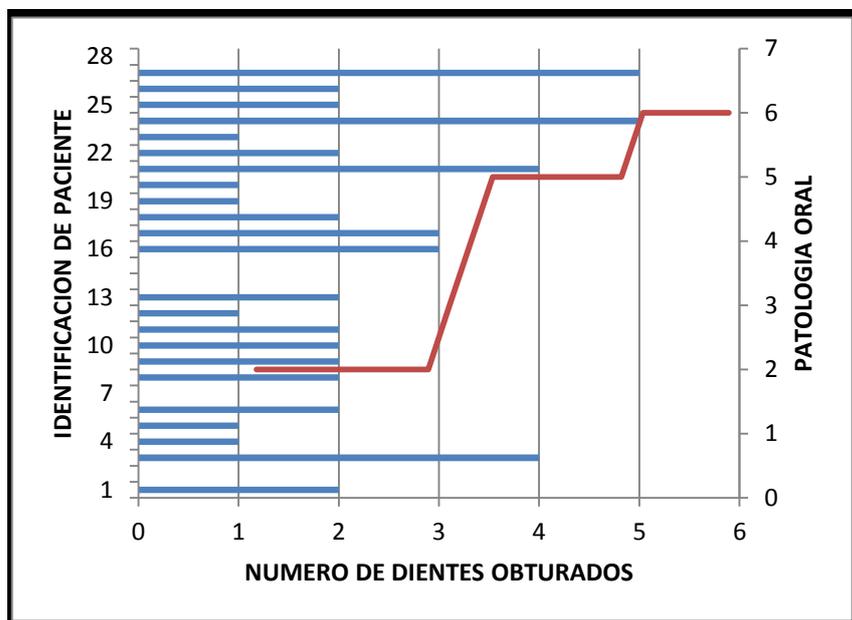
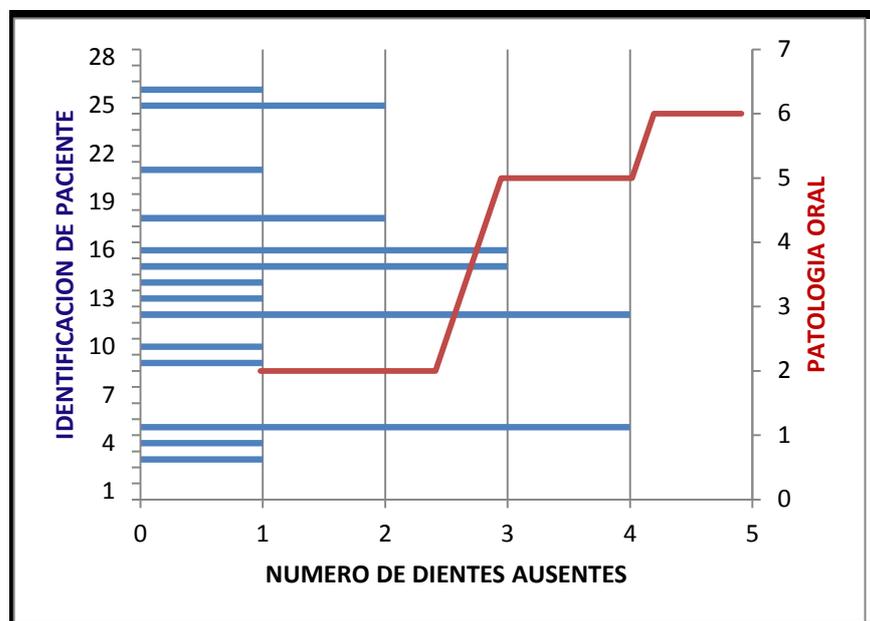


Grafico No. 10 El 23% de caries dentarias es dependiente de la edad.
 Mayor incidencia entre 3-20 años.
 Fuente: Stefania Martini
 Guayaquil – Ecuador



PAT.ORAL: 1= caries; 2= gingivitis; 3= gigoestomatitis;
 4=periodontitis 5= pulpitis;
 6= necrosis pulpar.
Grafico No. 11 : Cantidad de dientes obturados en relación a patología de base.
 Fuente: Stefania Martini
 Guayaquil – Ecuador



PAT.ORAL: 1= caries; 2= gingivitis; 3= givioestomatitis; 4= periodontitis 5=pulpitis; 6= necrosis pulpar.

Gráfico No.12. Cantidad de dientes ausentes en relación a patología de base.

Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador

El gráfico No.10: muestra el incremento de dientes cariados y su dependencia con la edad, 23 % de dientes cariados

El gráfico No. 11: Se encuentra un comportamiento irregular, pero siempre con niveles bajos de dientes obturados (sólo un total de 1 a 2 dientes por paciente con historia de caries).

El gráfico No. 12: encontramos anodoncia y 4 dientes perdidos en un niño; y (1 a 3 dientes perdidos) en 7 niños.

Los valores aumentan progresivamente conforme aumenta la edad.

- **Pacientes de sexo masculino de 14 a 84 años de edad**

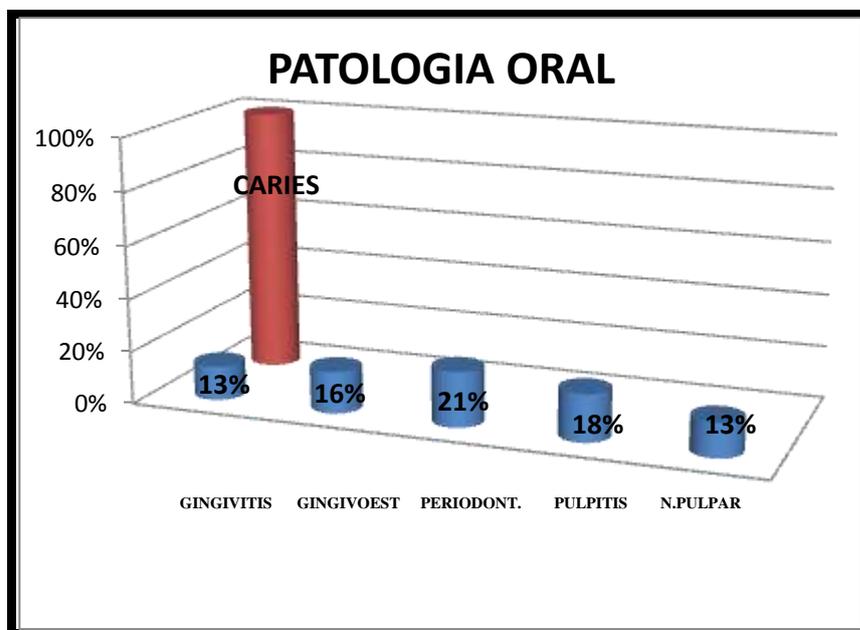


Gráfico No. 13: Incidencia de lesiones dentarias.

Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador

En el gráfico N° 13 podemos ver el total de lesiones orales más frecuentes en adultos de sexo masculino, predominando las caries dentales con un 100% seguida de periodontitis con un 21%.

Si comparamos el gráfico 9 y 13 observamos que la enfermedad predominante en niños es la gingivitis y en adultos la periodontitis. Esto se explica porque la gingivitis es el inicio de la periodontitis, cuando solo están afectados los tejidos blandos. Posteriormente y con la persistencia de la enfermedad dental, se afecta el ligamento periodontal que es el que le da soporte al diente en el alveolo óseo.

La gingivitis es la forma más común y leve de enfermedad (niños) Si esta no se controla con el paso del tiempo puede evolucionar a periodontitis.(adultos).

La periodontitis es un estado avanzado de enfermedad periodontal y puede causar la pérdida del diente. La principal diferencia es que la periodontitis afecta al hueso de soporte del diente y la gingivitis no, apreciándose el establecimiento de la enfermedad periodontal conforme avanza la edad.

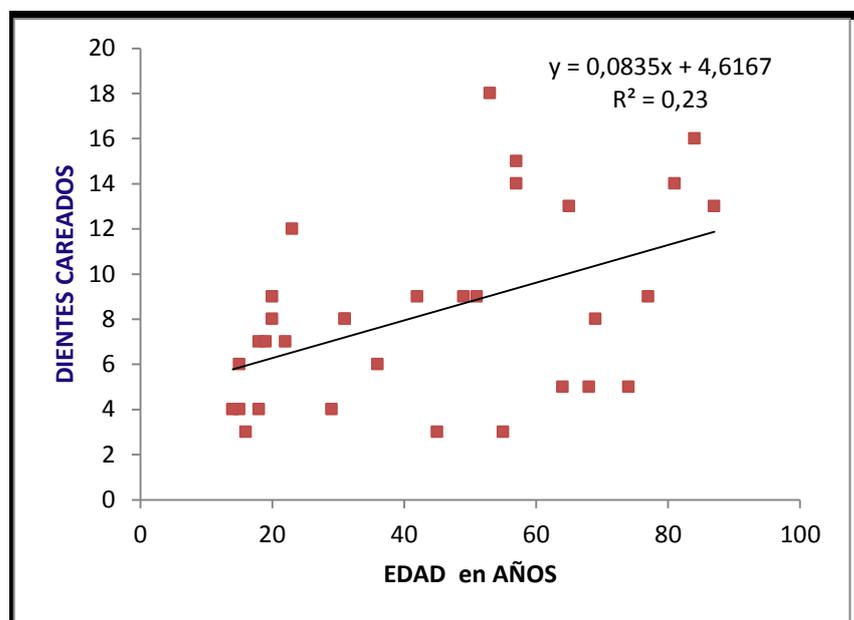
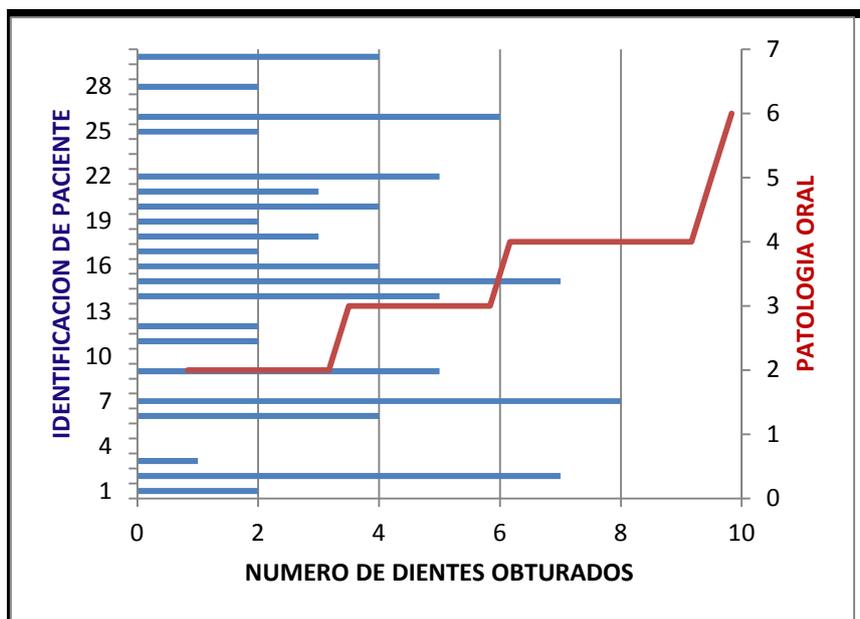


Gráfico No. 14: El 23% de caries dentarias es dependiente de la edad.

Fuente: Stefania Martini

Guayaquil – Ecuador

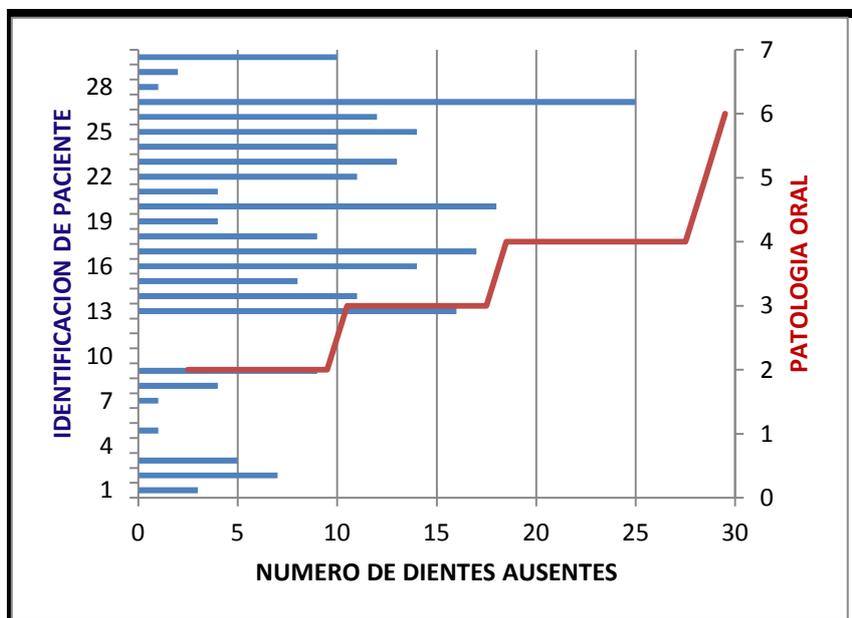


PAT.ORAL: 1= caries; 2= gingivitis; 3= givioestomatitis; 4= periodontitis 5=pulpitis; 6= necrosis pulpar.

Gráfico No15. : Dientes obturados en relación a patología de base.

Fuente: Stefania Martini

Guayaquil – Ecuador



PAT.ORAL: 1= caries; 2= gingivitis; 3= givioestomatitis; 4= periodontitis 5=pulpitis; 6= necrosis pulpar.

Gráfico No16: Cantidad de dientes ausentes en relación a patología de base.

Fuente: Stefania Martini

Guayaquil – Ecuador

TOTAL DE PATOLOGÍAS ORALES ENCONTRADAS

- Según el sexo y la edad
- Pacientes de sexo Femenino

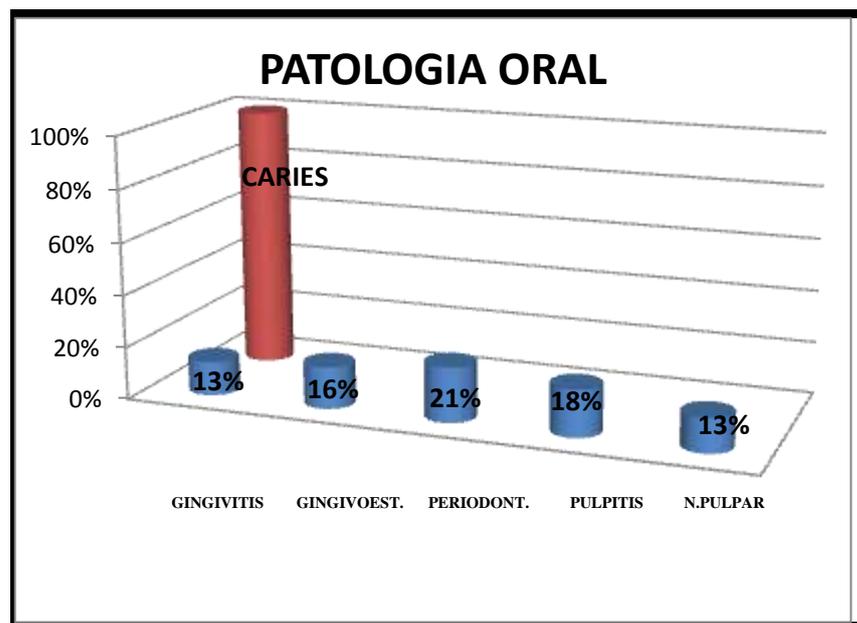


Gráfico No. 17: incidencia de lesiones orales

Fuente: Stefania Martini

Guayaquil – Ecuador

Aquí podemos ver el total de lesiones orales más frecuentes en paciente de sexo femenino, predomina las caries dentales con un 100%; seguida de periodontitis 21% y pulpitis 18%

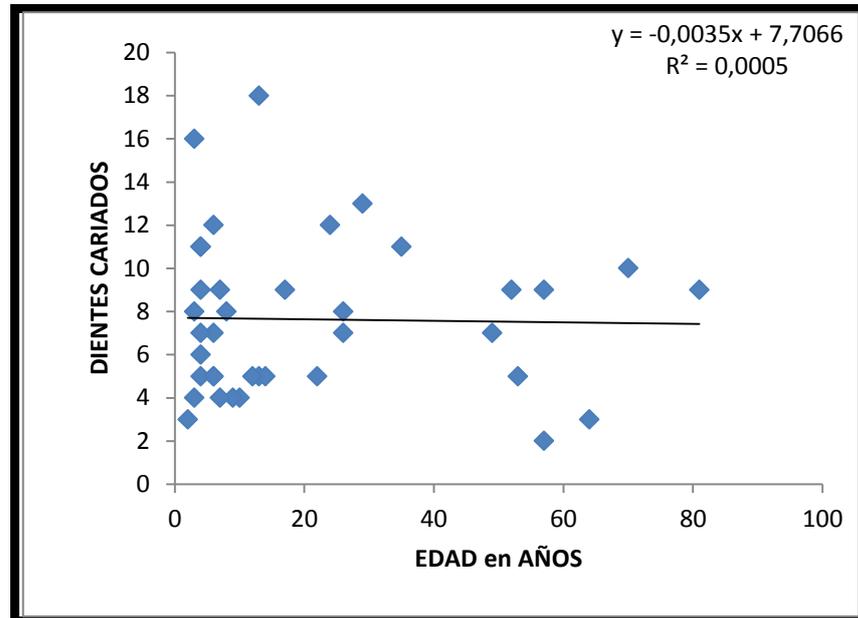
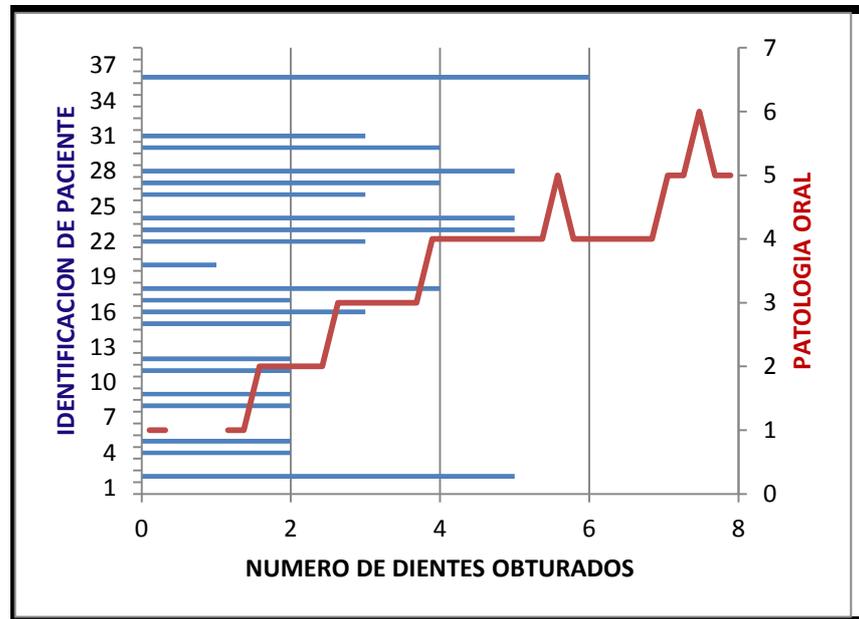


Grafico No. 18: Las caries dentarias no son dependientes de la edad.

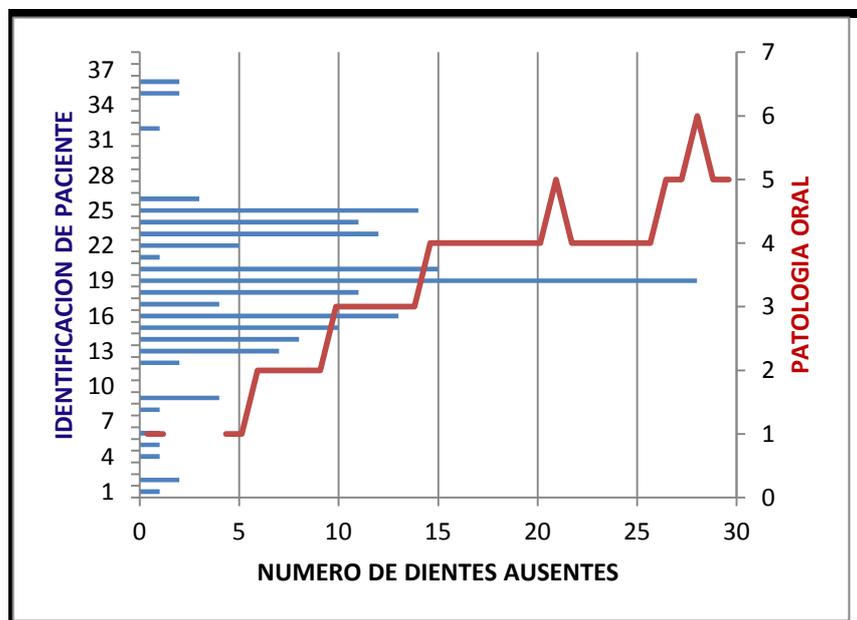
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



PAT.ORAL: 1= caries; 2= gingivitis; 3=gigivoestomatitis; 4= periodontitis; 5=pulpitis; 6= necrosis pulpar.

Grafico No 19. : Cantidad de dientes obturados en relación a patología de base

Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



PAT.ORAL: 1= caries; 2= gingivitis; 3=gigivestomatitis;
4= periodontitis; 5=pulpitis; 6= necrosis pulpar.

Gráfico No. 20: Cantidad de dientes obturados en relación a patología de base.

Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador

El gráfico No.18: muestra el incremento de dientes cariados y su dependencia con la edad llegando a un promedio de 10 dientes careados, hasta los 13 años.

El gráfico No. 1: Se encuentra un comportamiento irregular, pero siempre con niveles bajos de dientes obturados (sólo un total de 2 a 4 dientes por paciente con historia de caries).

El gráfico No. 8: encontramos anodoncia y 28 dientes perdidos en un sujeto; y (5 a 15 dientes perdidos) en 11 sujetos.

Los valores aumentan progresivamente conforme aumenta la edad.

- **Pacientes, sexo femenino de 3 a 12 años de edad**

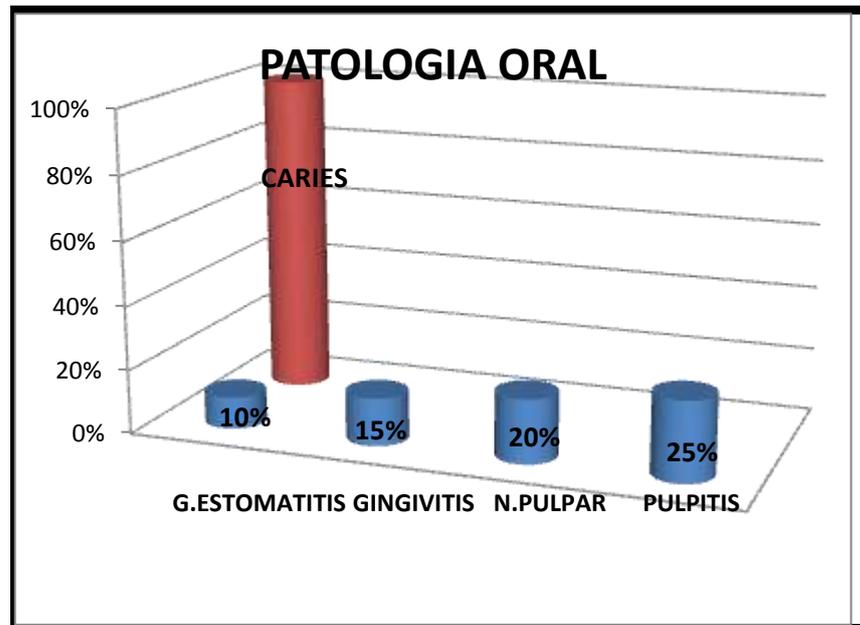


Gráfico No. 21: incidencia de lesiones orales

Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador

Aquí podemos ver el total de lesiones orales más frecuentes en pacientes de 3 a 12 años de sexo femenino, predomina las caries dentales con un 100%; seguida de pulpitis 25% y necrosis pulpar 20%

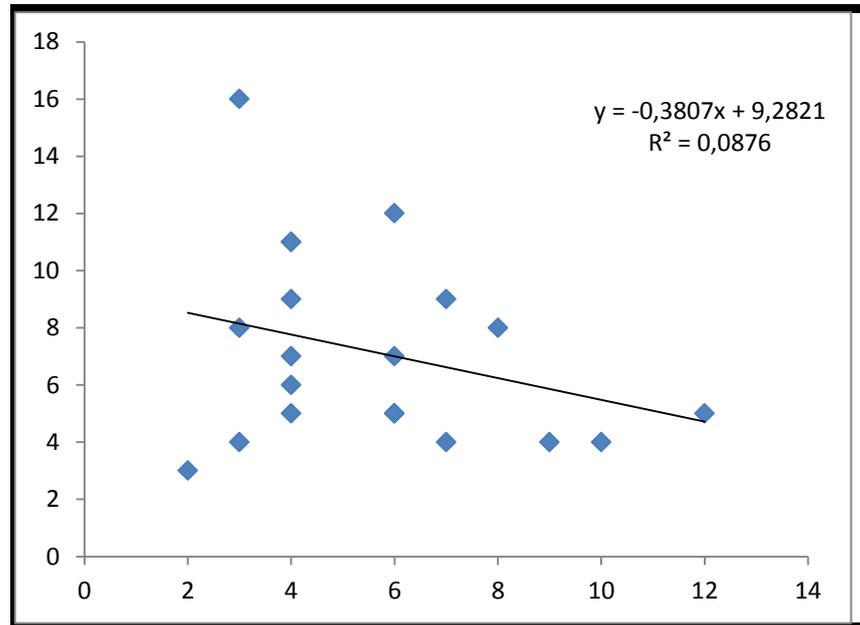
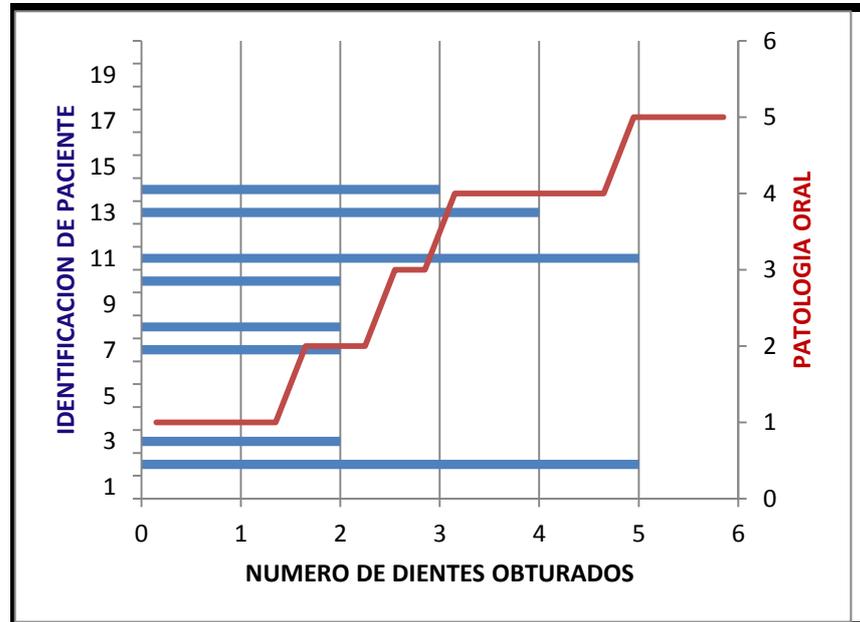


Gráfico No. 22: El 9% de dientes ausentes, es dependiente de la edad.

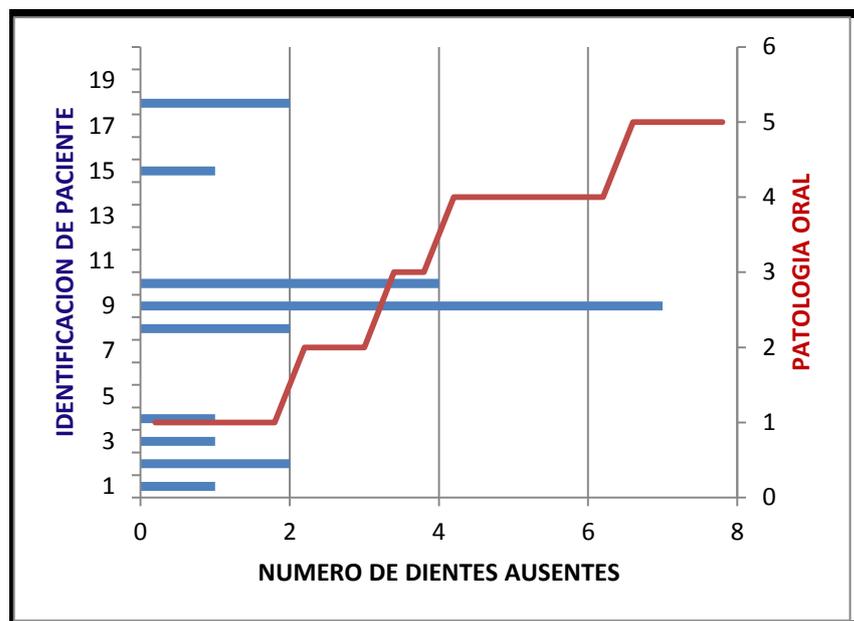
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



PAT.ORAL: 1= caries; 2= gingivitis; 3= gigoestomatitis; 4= pulpitis;
5= necrosis pulpar.

Gráfico No. 23: Cantidad de dientes obturados en relación a patología de base.

Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



PAT.ORAL: 1= caries; 2= gingivitis; 3= gigoestomatitis; 4= pulpitis;
5= necrosis pulpar.

Grafico No. 24: Cantidad de dientes ausentes en relación a patología de base.

Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador

- **Pacientes de sexo femenino de 13 a 81 años de edad**

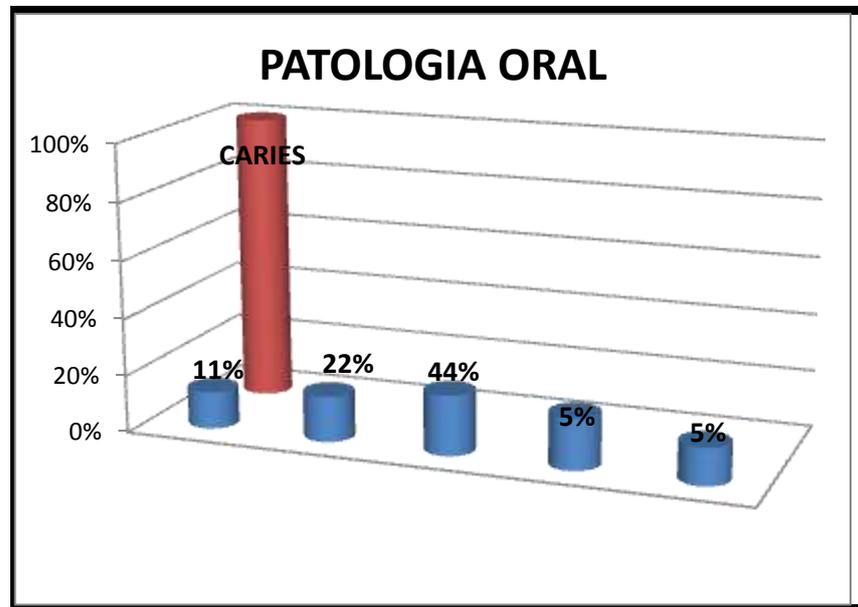


Grafico No. 25: total de patologías encontradas en adultos

Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador

El gráfico N° 25 muestra que en el sexo femenino se duplica la incidencia de la enfermedad periodontal (44% vs 21%).

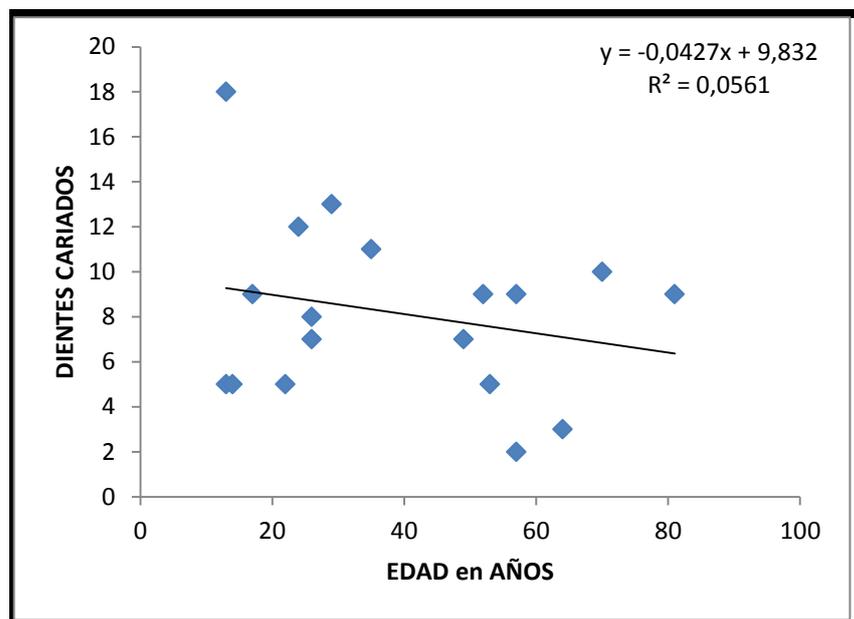
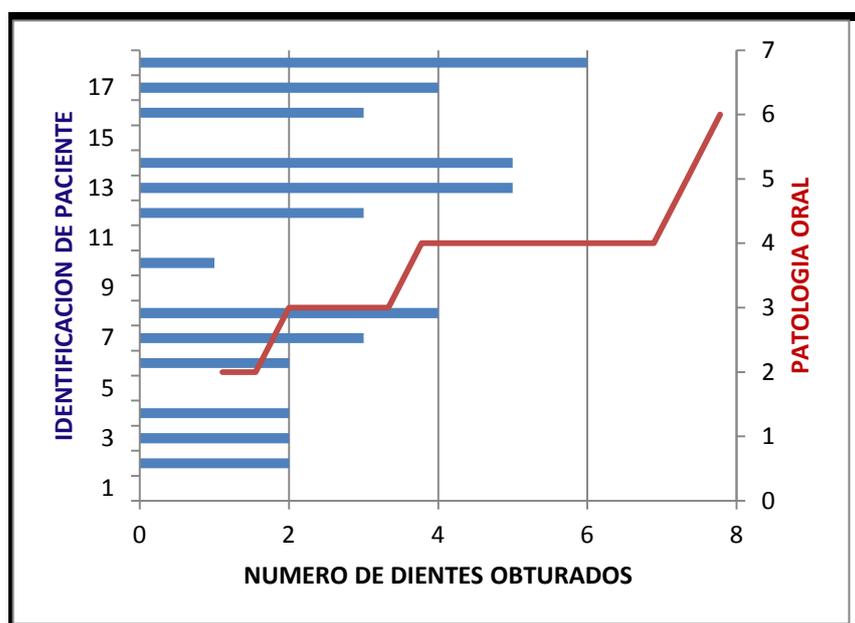


Gráfico No. 26: El 5% de caries dentarias es dependiente de la edad.

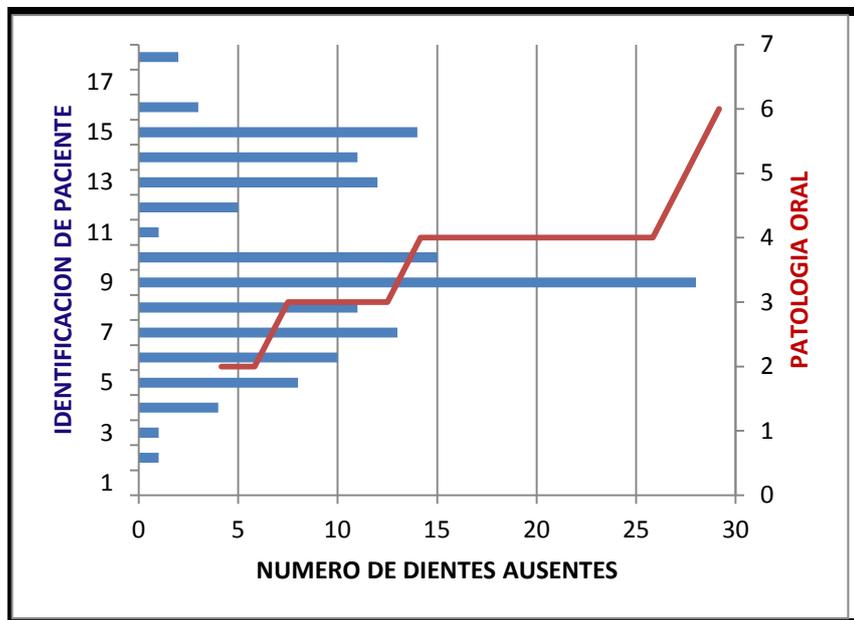
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



PAT.ORAL: 1= caries; 2= gingivitis; 3=gigivostomatitis; 4= periodontitis; 5=pulpitis; 6= necrosis pulpar.

Gráfico No.27: Cantidad de dientes obturados en relación a patología de base.

Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



PAT.ORAL: 1= caries; 2= gingivitis; 3=gigivoestomatitis; 4= periodontitis; 5=pulpitis; 6= necrosis pulpar.

Gráfico No28. : Cantidad de dientes obturados en relación a patología de base.

Fuente: Stefania Martini

Guayaquil – Ecuador

Correlación de Pearson	DAUSENTES	1.000	-.040	.836	.096	.
	SEXO	-.040	1.000	-.113	.067	.
	EDAD	.836	-.113	1.000	.038	.
	PORALN	.096	.067	.038	1.000	.
	PBASEN	1.000
Sig. (unilateral)	DAUSENTES	.	.346	.000	.174	.000
	SEXO	.346	.	.135	.255	.000
	EDAD	.000	.135	.	.356	.000
	PORALN	.174	.255	.356	.	.000
	PBASEN	.000	.000	.000	.000	.
N	DAUSENTES	98	98	98	98	98
	SEXO	98	98	98	98	98
	EDAD	98	98	98	98	98
	PORALN	98	98	98	98	98
	PBASEN	98	98	98	98	98

Tabla 1. En la tabla de correlaciones, podemos observar $r=0.836$ $p< 0.001$ entre que la variable "dientes ausentes" vs Edad.

Esta tabla muestra que la única variable significativa que correlaciona con la ausencia de piezas dentarias, es la edad.

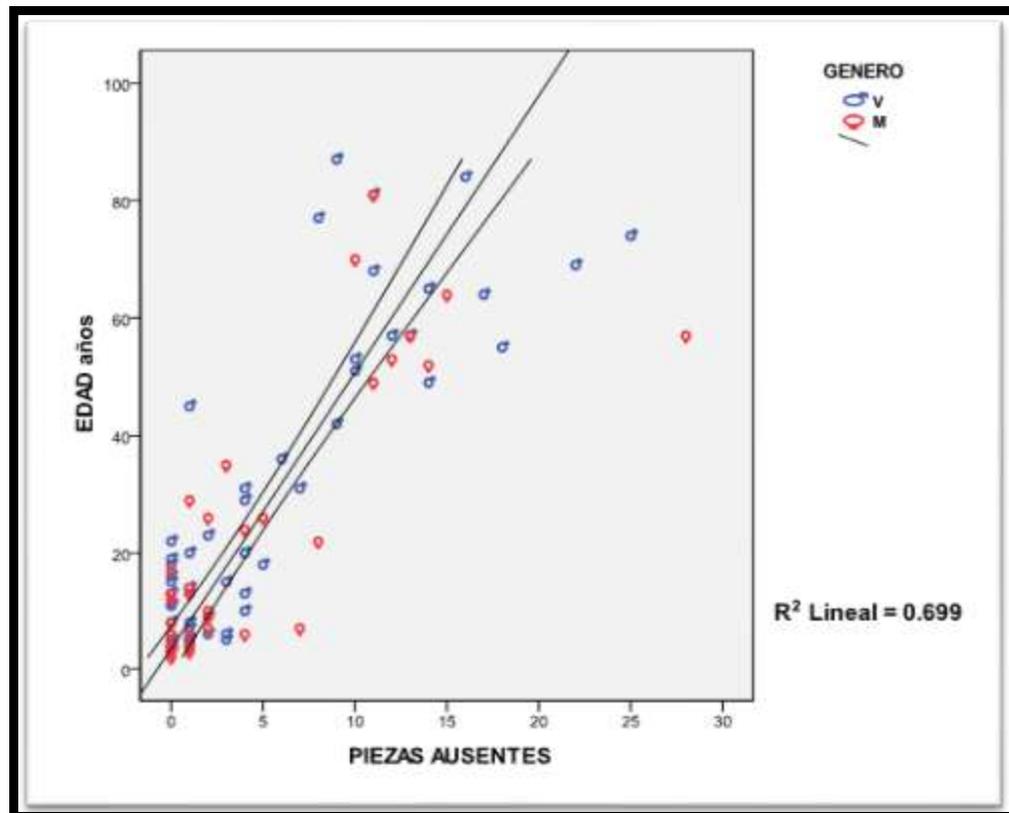


Grafico No. 29: La ausencia de piezas dentarias, es dependiente de la edad en un 70% para los dos sexos.

Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador

El grafico 29 pone de manifiesto la correlación encontrada con la edad, para ambos sexos. La regresión lineal muestra que el grado de dependencia alcanza el 70%. ($R^2=0.699$)

Coefficientes^a

Modelo	Coefficients no estandarizados		Coefficients tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
1 (Constante)	-2.166	1.202		-1.803	.075
SEXO	.627	.707	.050	.886	.378
EDAD	.213	.014	.839	14.892	.000
P.ORAL	.228	.211	.061	1.079	.283

Variable dependiente: D.AUSENTES

Tabla 2. Variables independientes para la regresión lineal. P. Oral: 1= gingivitis; 2=gigivoestomatitis; 3= periodontitis; 4=pulpitis; 5= necrosis pulpar. Sexo: 1=M; 2= F; Edad:3-84

Con el objeto de buscar la causa de ausencia de piezas en función de sexo, edad y patología oral presente, se realizó una regresión lineal del tipo $y=a+bx+cy+dz+\xi$ de manera que de acuerdo a la tabla 5, podríamos calcular:

$$\text{Numero de P. ausentes} = -2.166 + (0.627 * \text{sexo}) + (0.213 * \text{edad}) + (0.228 * \text{P. Oral})$$

A fines de facilitar la interpretación y utilidad de esta regresión, se elaboró la siguiente tabla de doble entrada, para los dos sexos.

Edad años		10	10	20	20	30	30	40	40
Patología		Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Gingivitis	1	0.8	1.4	2.9	3.6	5.1	5.7	7.2	7.8
E.Estom.	2	1.0	1.7	3.2	3.8	5.3	5.9	7.4	8.1
Period.	3	1.3	1.9	3.4	4.0	5.5	6.2	7.7	8.3
Pulpitis	4	1.5	2.1	3.6	4.3	5.8	6.4	7.9	8.5
N.Pulpar	5	1.7	2.4	3.9	4.5	6.0	6.6	8.1	8.7

Edad años		50	50	60	60	70	70	80	80
Patología		Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Gingivitis	1	9.3	10.0	11.5	12.1	13.6	14.2	15.7	16.4
E.Estom.	2	9.6	10.2	11.7	12.3	13.8	14.5	16.0	16.6
Period.	3	9.8	10.4	11.9	12.6	14.1	14.7	16.2	16.8
Pulpitis	4	10.0	10.7	12.2	12.8	14.3	14.9	16.4	17.0
N.Pulpar	5	10.3	10.9	12.4	13.0	14.5	15.1	16.6	17.3

Tabla 3. Predicción de número de piezas a perder en relación a la patología dentaria, edad y sexo, de acuerdo a la siguiente ecuación:

$$\text{Numero de P. ausentes} = -2.166 + (0.627 * \text{sexo}) + (0.213 * \text{edad}) + (0.228 * \text{P. Oral})$$

PLAN DE ACCIÓN

El presente estudio tuvo como propósito idear un plan de acción para la motivación que conlleve a la formación del hábito de higiene bucal en los pacientes que asisten al centro de rehabilitación INFA Guayaquil. El mismo se desarrolló dentro de una metodología de investigación de tipo descriptiva, enmarcada en un diseño de campo y bajo la modalidad de un proyecto factible.

CHARLA DE PREVENCIÓN ORAL Y ALIMENTACIÓN

AUDITORIUM C.R.M. #2 INFA GUAYAQUIL



Figura No.64: Película educativa sobre alimentación y prevención dental

Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Figura No.65: Auditorium del “C.R.M INFA” Guayaquil
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil - Ecuador



Figura No.66: Entrega de folletería y kit de higiene dental
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil - Ecuador



Figura No.67: Entrega de kit higiene dental
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Figura No.68: Entrega de kit higiene dental y yogurt
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Figura No.69: Entrega de Kit higiene dental

Fuente: Stefania Martini

Guayaquil – Ecuador

Se contacto con Colgate Palmolive del Ecuador y Tony s.a. casas comerciales que estuvieron prestas a colaborar a través de la donación de los siguientes productos.

CASA COMERCIAL COLGATE:

- Cepillo de diente
- Crema dental
- Hilo dental
- Guía para padres y profesores
- Calendario de cepillado

CASA COMERCIAL TONY S.A:

- Yogurt
- Guía de alimentación básica

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

En cuanto a la reglamentación que existe con respecto a la cobertura de las poblaciones más necesitadas, en nuestro medio encontramos un grupo delicado y vulnerable que ha sido casi excluido, en un porcentaje importante de la protección directa en salud: los pacientes especiales. Solamente los pacientes con retraso mental se encuentran amparados estomatológicamente en el Programa de Atención Estomatológica, creado con el objetivo de elevar el nivel de salud bucal de estos y garantizar que los estomatólogos formen parte activa del equipo interdisciplinario que brinda atención a estas personas en cada área de salud, así como desarrollar investigaciones relacionadas con las afecciones bucales, lo que convierte en planes de acción sus hallazgos.

La atención médico-odontológica-estomatológica a pacientes especiales con enfoque familiar y enfoque de riesgo, tiene como punto de partida el diagnóstico de salud familiar y el plan de acción y ejecución, que constituyen los elementos esenciales para ejecutar las acciones de promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación o readaptación social.

La atención integral a pacientes especiales según el grado de desarrollo anormal de los problemas fisiológicos que comprometen o no a las funciones cerebrales, por la elevada complejidad de la patología de base, además de las enfermedades oportunistas, requieren de un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud de gran competencia científico-técnica y excelentes relaciones sociales y humanas.

Todas estas circunstancias planteadas nos motivaron a pensar que podríamos aportar elementos que pudieran contribuir a la atención sistemática de esta parte de la población, con la calidad requerida, con conocimiento de sus necesidades estomatológicas y sobre todo, con gran sensibilidad e interés hacia sus problemas.

Los esfuerzos realizados en este sentido podrían utilizarse en el futuro en investigaciones más amplias para mejorar la salud de los pacientes especiales.

Finalmente, pensamos que dicha población, por sus afecciones de base y por los cuidados necesarios que requieren, exigen de un estomatólogo lo suficientemente preparado para dar solución a sus problemas odontológicos y de salud bucal, con el mayor profesionalismo y preparación posible.

Discusión:

Todos somos conscientes y además constatamos en la práctica diaria el aumento del número de pacientes con enfermedades sistémicas, con discapacidades o en general con compromisos serios de salud que acuden a las consultas solicitando tratamiento estomatológico. El avance de las técnicas diagnósticas y terapéuticas de la medicina ha logrado una mayor esperanza de vida en estos enfermos, y la odontoestomatología debe establecer una serie de procedimientos y protocolos clínicos que optimicen el manejo y tratamiento en cada grupo de enfermos, sin que repercuta negativamente sobre su estado de salud.

Este grupo de población es el objeto de estudio de la llamada odontoestomatología en pacientes especiales, tanto en lo que se refiere a los pacientes discapacitados como a los médicamente comprometidos. El término paciente se refiere al enfermo que está sometido a un tratamiento médico o estomatológico especial; es aquello singular o particular en oposición a lo general y ordinario. En este sentido, la estomatología en pacientes especiales interacciona con la medicina, puesto que el tratamiento estomatológico que se realice en estos pacientes especiales deberá ser el más eficaz y que asuma el mínimo de riesgo a su estado general.

Es importante que en el futuro los estomatólogos estén preparados para comentar con los médicos la situación clínica de un paciente y la posible aplicación de un tratamiento estomatológico determinado. Existe en la actualidad un desfase entre la buena formación médica que reciben los estomatólogos y la escasa o deficiente educación estomatológica que se les da a los médicos, por lo que se llega a afirmar que el estomatólogo debe servir como orientador del médico para obtener un mejor resultado en el cuidado de la salud bucal del paciente de riesgo, y cuando asuman dicho papel, las consultas estomatológicas serán mucho más apreciadas, no solo por los pacientes, sino también por los médicos.

En el futuro, para realizar tratamientos estomatológicos en pacientes con necesidades especiales, se requerirá de personal especializado y con medios adecuados. Habrá que capacitar y formar a los profesionales de la estomatología para poder responder a esta demanda, se realizarán estudios epidemiológicos y clínicos para poder satisfacer mejor las necesidades de este colectivo.

En los criterios de inclusión de un paciente como especial deberemos considerar a los enfermos que sean de alto riesgo, que su vida puede verse comprometida en nuestra consulta, como es el caso de un paciente con insuficiencia coronaria y antecedentes de infarto agudo del miocardio relativamente reciente. También deberemos considerar cuándo el tratamiento estomatológico puede influir, al ser aplicado sobre el enfermo, con un proceso sistémico, por eso un paciente inmunodeprimido, por ejemplo, deberá considerarse con mayor riesgo de infección a la hora de realizar un procedimiento quirúrgico.

Comparación de resultados con el centro médico psicopedagógico “Modesto Fornaris Ochoa”

Estudios realizados en los meses de junio a agosto del 2007 en pacientes discapacitados del Centro Médico Psicopedagógico “Modesto Fornaris Ochoa”. Forum Científico Estudiantil. Facultad de Ciencias Médicas. “Mariana Grajales Coello”. Holguín.

Resultados

Tabla 1: Presencia de caries dentarias en pacientes del Centro Médico Psicopedagógico “Modesto Fornaris Ochoa”. Holguín 2007.

Caries Dental	Nº	%
Pacientes con Presencia de Caries	15	62,5
Pacientes con Ausencia de Caries	9	37,5
Total	24	100

Fuente: Formulario.

Tabla 2: Presencia de la enfermedad periodontal en pacientes del Centro Médico Psicopedagógico “Modesto Fornaris Ochoa”. Holguín 2007.

Enfermedad Periodontal	Nº	%
Con Enfermedad Periodontal	17	70,8
Sin Enfermedad Periodontal	7	29,2
Total	24	100

Fuente: Formulario.

Tabla 3: Presencia de maloclusiones dentarias en pacientes del Centro Médico Psicopedagógico “Modesto Fornaris Ochoa”. Holguín 2007.

Maloclusiones dentarias	Nº	%
Con maloclusiones dentarias	14	58,3
Sin maloclusiones dentarias	10	41,7
Total	24	100

Fuente: Formulario

Conclusiones

- El factor de riesgo más frecuente fue la dieta cariogénica.
- Las enfermedades bucales de mayor ocurrencia fueron las periodontopatías y la caries dental.
- Se demostró la necesidad de proponer acciones de salud que desde la prevención el Médico General Integral y Estomatólogo General Integral puedan dar solución a las principales brechas encontradas en el Programa de Atención Estomatológica al paciente discapacitado.

Recomendaciones.

- Ejecutar el plan de acción realizado entre el MGI y el EGI en los pacientes objetos de estudio.
- Extender las acciones propuestas al resto de los pacientes y familiares de ese Centro Médico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ravaglia C. El problema de la salud buco-dental en los pacientes discapacitados y especiales. Rev FOLA ORAL 2007;3(9):162-5.
2. Piédrola G. Medicina preventiva y salud pública. Barcelona: Salvat, 2003.
3. Little JW, Falace DA. Odontología en pacientes con patología previa. Barcelona: Ediciones Médici, 1986.
4. Bullón Fernández P, Machuca Portillo G. La atención odontológica en pacientes médicamente comprometidos. Madrid: Editorial Laboratorio Norman, 1999.
5. Goerdt A. Prevención de discapacidades y rehabilitación. Rev de la OMS 2005;48(5):4.
6. Ros M. Castaño de Casoretto H. Atención odontológica del niño discapacitado. Rev Odontol Bonaerense 1984;7(20):40.
7. Llerena del Rosario ME, Elias Madrigal G. Características bucales de los niños con parálisis cerebral infantil. Rev Adam Órgano Oficial de la Asociación Dental Mexicana 1988;45(2):63-4.
8. Bratos Calvo E. La enfermedad periodontal en un colectivo de pacientes minusválidos. Evaluación a doce años de un programa preventivo. Rev ROE 2006;1(7):515-22.
9. Cuba. Ministerio de Salud Pública. La atención pública y la atención a las personas discapacitadas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1997.
10. Rodríguez Calzadilla A. Programa de atención estomatológica a la población con retraso mental. Rev Cubana de Estomatol 1990;27(4):409-13.

11. Silvestre Donat FJ, Casal CJ del, Grau García D, Plaza Costa A. Manejo dental de los pacientes discapacitados y médicamente comprometidos. Madrid: Rapport, 2000:2004
12. Almerich Silla JM, Montiel Company JM, Zurriaga Llorens O, Montoso Sullana A, Redondo Gallego MJ. Estudio de salud bucodental en la Comunidad Valenciana 2004. Valencia: Generalitat Valenciana; 2005.
13. Rioboo García R. Epidemiología de la caries dental. En: Odontología preventiva y Odontología comunitaria. Tomo II. Madrid: Ediciones Avances Médico-Dentales S.L.; 2002. p. 951-93.
14. Cuenca Sala E, Baca García P. Caries: fundamentos actuales de su prevención y control. En: Odontología preventiva y comunitaria. Barcelona: Masson, S.A.; 2005. p. 19-40.
15. Tagliaferro EP, Pereira AC, Meneghim MC, Ambrosano GM. Assessment of dental caries predictors in a seven year longitudinal study. J Public Health Dent. 2006;66:169-73.
16. Zhang Q, Bian Z, Fan M, van Palenstein Helderma WH. Salivary mutans streptococci counts as indicators in caries risk assessment in 6-7-yearold Chinese children. J Dent. 2007;35:177-80.
17. Ruiz Miravet A, Montiel Company JM, Almerich Silla JM. Evaluation of caries risk in a young adult. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2007;12: 412-8.
18. Garrigó Andreu M, Sardinas Alayón S, Gispert Abreu E y cols. Guías Prácticas de Caries Dental. 2002; aps.sld.cu
19. Almagro ND, Benitez HJA, García AMA, Lopez LMT. Prevalencia de caries dental y factores asociados en escolares de la población de Loja (Granada). Rev Andaluza de Odontología y Estomatología 2002; 12 (1): 13-17.

20. Iruretagoyena Marcelo Alberto. Salud Bucal Para todos. Cariología Valoración riesgo a caries. Bol Assoc Argentina Odont Niños 2002; 30(4) : 114-15.
21. Gisbert AE, Rivero LA, Cantillo EE. Relación entre el grado de infección por estreptococos mutans y la posterior actividad cariogénica Rev Cub Estomatol 2000; 37 (3):157-61.
22. Jose B, King NM. Early childhood caries tesions in preschool children in Kerak, India. Pediatr Dent 2003; 25 (6): 594-600.
23. Olmez S, Uzamis M, Erdem G, Association between early childhood caries and clinical microbiological oral hygiene and dietary variables in rural Turkish children: Turk J Pediatr 2003; 45(3): 231-6.
24. Larmas M, Gonzalez A, Barberia E, Garcia Godoy F. Relationship between feeding habits and mutans streptococci colonization in a group of Spanish children aged 15-20 months. Am J Dent 2003; 16 (Spec): 9-12.
25. Gisbert AE. Análisis epidemiológico de investigaciones realizadas en el país en los últimos 15 años. Material elaborado para la maestría; 2004.
26. Carranza, Newman, Michael G. & Takei, Henry H. Editorial McGraw-Hill
27. Ministerio de Salud Pública. Área de Asistencia Médica Social. Dirección Nacional de Estomatología. Programa nacional de atención estomatológica integral a la población. Ciudad de La Habana: Cuba. MINSAP; 2002.p. 9,12, 85,112.
28. Ministerio de Salud Pública. El cuidado de la salud en Cuba. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2003. p. 19.
29. Instituto Superior de Ciencias Médicas. Maestría urgencias estomatológicas [CD-ROM]. La Habana: 2004.

30. Guerrero F, Torres BJM, Tudón TE, Domínguez AS. Identificación de factores de riesgo asociados a enfermedades periodontales y enfermedades sistémicas. Rev ADM 2004; 61(3):82-98.
31. Infecciones y alergias: gingivostomatitis herpética 2005. Disponible en: <http://www.pediatría.cl>.
32. Dorrego TA, Haces AM. Efecto de la ozonoterapia en la gingivostomatitis herpética aguda [en Internet]. 2005 [citado 23 abril 2007]: Disponible en: <http://www.saludbucal.org>
33. Bello GIA. Entrenamiento del médico y la enfermera en el programa de detección precoz del cáncer bucal [trabajo para optar por el título de especialista de I Grado en Estomatología General Integral]. 2007. Clínica Estomatológica de Adultos: Florida.
34. Leonardo Mario Roberto, Leonardo Renato Toledo "Endodoncia" (2009) Editorial Artes Médicas Latinoamérica 1a edición
35. Estrela Carlos (2005) "Ciencia Endodóntica" Editorial Artes Médicas Latinoamérica 1a edición
36. Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria Organización Panamericana de la Salud soporte.epidat@sergas.es

JOURNAL Y REVISTAS

1. The Journal of the American Dental Association (JADA), 2009 FEB; 4 (1)
2. Medicina Oral, 2003 MAR-ABR; 8 (2)
3. Asociación Dental Mexicana, "Gingivitis", México D.F., Volumen 59, No. 6 Noviembre-Diciembre 2002.
4. Cubana Estomatológica v.39 n.1 Ciudad de La Habana ene.-abr. 2002 Final del formulario

ANEXOS

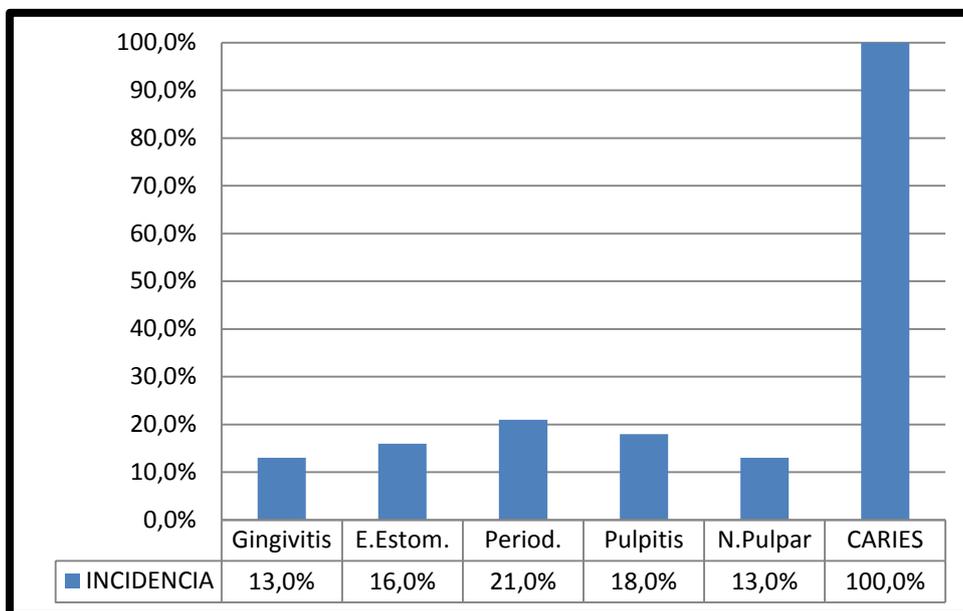


Grafico No.1: Incidencia de Patologías Orales en Sexo Femenino

Fuente: Stefania Martini

Guayaquil - Ecuador

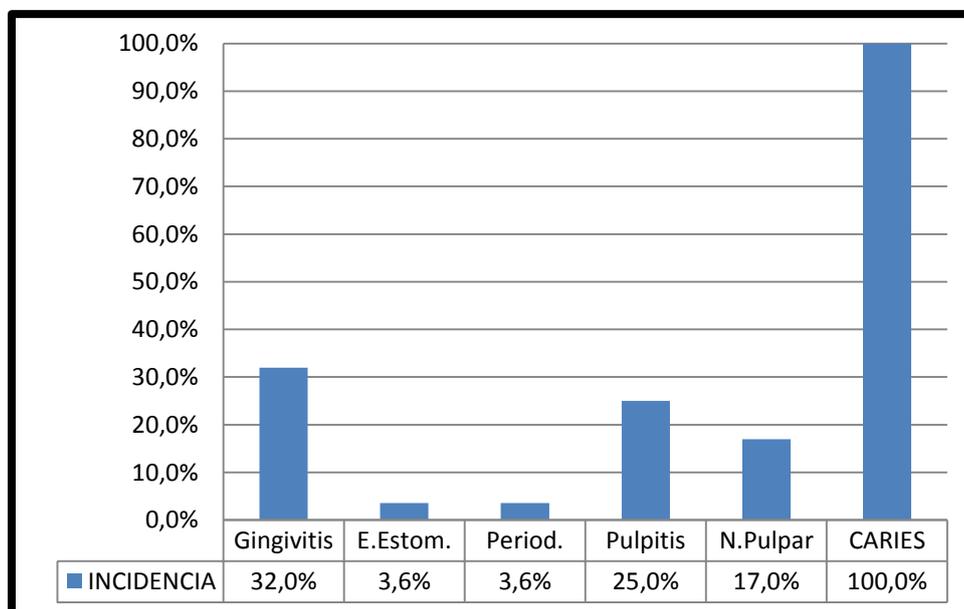


Grafico No.2: Incidencia de Patologías Orales en Sexo Masculino

Fuente: Stefania Martini

Guayaquil - Ecuador

Paciente No7: David Ayón

Edad: 16 años

Sexo: masculino

Patología Oral: Gingivitis

Patología base: P.C.I.

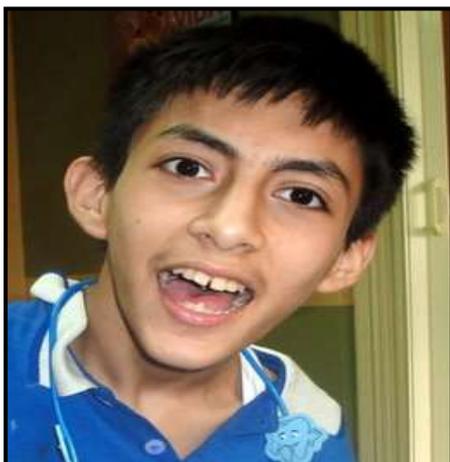


Fig. No28: vista frontal
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig.No29: Vista en oclusión
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig. No30: vista maxilar Superior
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig.No31: Vista maxilar Inferior
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador

Paciente No7: Darwin Loor

Edad: 29 años

Sexo: masculino

Patología Oral: Gingivitis

Patología base: Traumatismo Cráneo encefálico



Fig. No32: vista frontal
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig.No33: Vista en oclusión
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig. No34: vista maxilar Superior
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig.No35: Vista maxilar Inferior
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador

Paciente No8: Sixto Santos

Edad: 31 años

Sexo: masculino

Patología Oral: Periodontitis

Patología base: hemiplejía Izquierda



Fig. No36: vista frontal
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig.No37: Vista en oclusión
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig. No38: vista maxilar Superior
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig.No39: Vista maxilar Inferior
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador

Paciente No9: Pedro Maza

Edad: 78 años

Sexo: masculino

Patología Oral: Periodontitis

Patología base: hemiparecia derecha



Fig. No40: vista frontal
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig.No41: Vista en oclusión
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig. No42: vista maxilar Superior
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig.No43: Vista maxilar Inferior
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador

Paciente No10: Vicente Costa

Edad: 81 años

Sexo: masculino

Patología Oral: Gingivo estomatitis

Patología base: Parapléjico



Fig. No44: vista frontal
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig.No45: Vista en oclusión
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig. No46: vista maxilar Superior
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig.No47: Vista maxilar Inferior
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador

Paciente No11: Mery Laura

Edad: 26 años

Sexo: Femenino

Patología Oral: Caries

Patología base: Síndrome de down



Fig. No48: vista frontal
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig.No49: Vista en oclusión
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig. No50: vista maxilar Superior
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig.No51: Vista maxilar Inferior
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador

Paciente No12: Katherine Zambrano

Edad: 6 años

Sexo: Femenino

Patología Oral: Pulpitis

Patología base: Retraso Psicomotor



Fig. No52: vista frontal
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig.No53: Vista en oclusión
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig. No54: vista maxilar Superior
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig.No55: Vista maxilar Inferior
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador

Paciente No13: Jancarlos Aspiazu

Edad: 5 años

Sexo: Masculino

Patología Oral: Pulpitis

Patología base: P.C.I.



Fig. No56: vista frontal
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig.No57: Vista en oclusión
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig. No58: vista maxilar Superior
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig.No59: Vista maxilar Inferior
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador

Paciente No14: Carla Zambrano

Edad: 5 años

Sexo: Femenino

Patología Oral: Necrosis Pulpar

Patología base: Retraso Psicomotor



Fig. No60: vista frontal
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig.No61: Vista en oclusión
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig. No62: vista maxilar Superior
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig.No63: Vista maxilar Inferior
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador

Paciente No15: Armando Garcés

Edad: 20 años

Sexo: Masculino

Patología Oral: Pulpitis

Patología base: Síndrome de Down



Fig. No64: vista frontal
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig.No65: Vista en oclusión
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig. No62: vista maxilar Superior
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador



Fig.No63: Vista maxilar Inferior
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador

DÍA DE LA SALUD ORAL **AUDITÓRIUM C.R.M. INFA** **GUAYAQUIL**



Figura No.64: Película y charla de la Salud dental
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil - Ecuador



Figura No.65: Auditorium del "C.R.M INFA" Guayaquil
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil - Ecuador



Figura No.66: Entrega de kit dental
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil - Ecuador



Figura No.67: Entrega de kit dental
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil - Ecuador



Figura No.68: Entrega de kit dental y yogurt
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil - Ecuador



Figura No.69: Entrega de Kit dental
Fuente: Stefania Martini
Guayaquil – Ecuador

